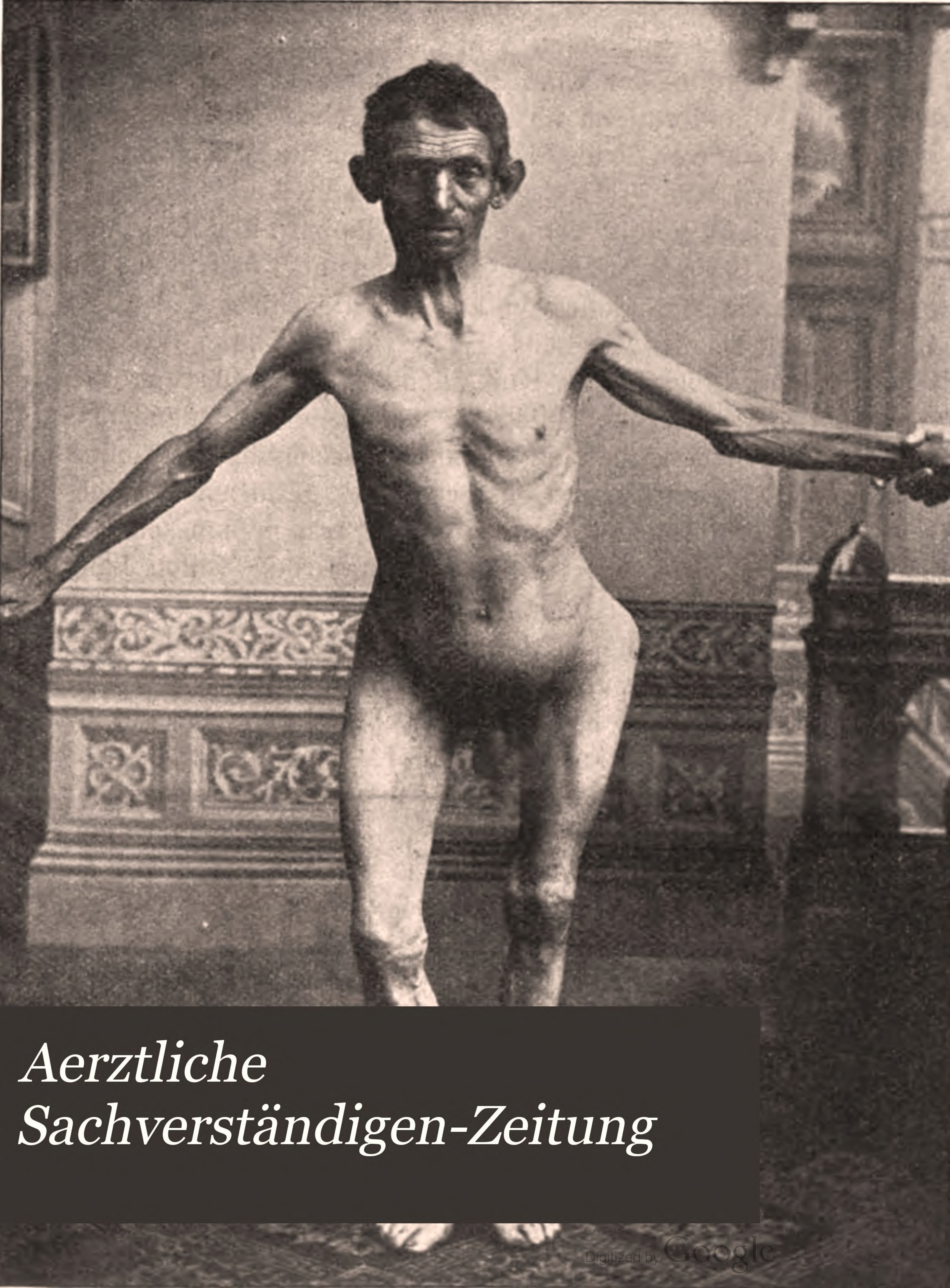


Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker

Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann

Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann

prakt. Arzt.

Jahrgang 1901.

Berlin 1901.

Verlag von Richard Schoetz.

Luisenstrasse 36.

Sachregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Autorenregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bezeichnen Original-Artikel.)

Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 34) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes

sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben

von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 1. | Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

Die Abgrenzung von Unfall und Krankheit.

Von
Dr. **C. Kaufmann**-Zürich,
Dosent.

Die primäre Abgrenzung von Unfall und Krankheit hat für die deutsche Arbeiterversicherung anscheinend keine grosse Bedeutung, weil während der 13wöchentlichen Karenzzeit die Kosten der Unfallversicherung von der Krankenversicherung getragen werden. Der Zeitraum der Karenzzeit ist so gross, dass, falls auch Anfangs Verwechselungen vorkämen, indem Unfälle nicht erkannt oder Krankheiten fälschlich als Unfälle aufgefasst würden, die Korrektion noch vor Beginn der Unfallversicherung möglich wäre. Immerhin lassen nicht wenige Rekurs-Entscheidungen erkennen, dass gelegentlich die erst vorgenommene Deutung einer Gesundheitsstörung als Objekt der Kranken- oder Unfallversicherung sich später als unrichtig herausstellte. Erörterungen darüber, unter welchen Gesichtspunkten gleich Anfangs die Abgrenzung von Unfall und Krankheit vorzunehmen sei, sind demnach auch für die deutsche Arbeiterversicherung keineswegs nutzlos.

Der deutschen Unfallversicherung folgt hinsichtlich der Dauer der Karenzzeit diejenige von Oesterreich und Norwegen mit einer Karenzzeit von 4 Wochen, und diejenige von Finnland mit einer solchen von einer Woche. In der letzteren und ebenso auch in der italienischen Unfallversicherung muss gleichwie in den Ländern mit Haftpflichtgesetzen (Schweiz, England, Frankreich) und in der gewöhnlichen privaten Unfallversicherung die Abgrenzung von Unfall und Krankheit möglichst rasch nach der Anmeldung vorgenommen werden. Hier ist natürlich die richtige Scheidung beider von besonderer Wichtigkeit.

Weder die Haftpflicht- noch die staatlichen Unfallversicherungsgesetze definiren bekanntlich den Unfall. Deswegen müssen gemäss den Angaben des Handbuches der Unfallversicherung die Merkmale des Unfalles der Absicht des Gesetzgebers und dem allgemeinen Sprachgebr[illegible]e entnommen werden. Nach der Rechtsprechung des Re[illegible]rsicherungsamtes ist unter Unfall ein plötzliches, [illegible]sundheit und damit die Erwerbsfähigkeit schädi[illegible]des Ereigniss zu verstehen." (Vgl. Unfallstatistik für [illegible]as Jahr 1897, Seite 7.)

Das Handbuch der Unfallversicherung rollt zwei Voraussetzungen für die Annahme eines Unfalles auf:

1. dass der Betroffene, sei es durch äussere Verletzung, sei es durch organische Erkrankungen, eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit — Körperverletzung oder Tod — erleidet;

2. dass diese Schädigung auf ein plötzliches d. h. zeitlich bestimmbares, in einen verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss zurückzuführen ist, welches in seinen — möglicherweise erst allmählig hervortretenden — Folgen den Tod oder die Körperverletzung verursacht. Wenn man sich diese Angaben genauer ansieht, so erscheint eine Vermengung von Unfallschädigung und Krankheit zwar möglich, weil sowohl durch Unfall entstandene Verletzungen als Erkrankungen mit derselben Genese versichert sind, allein dadurch ausgeschlossen, dass als Ursache der Körperschädigung, sofern sie Objekt der Unfallversicherung ist, ein plötzliches in einen verhältnissmässig kurzen Zeitraum eingeschlossenes besonderes Unfallereigniss gefordert wird. Das Reichsversicherungsamt hat letzteres in der bekannten Rekurs-Entscheidung 1044 (Amtl. Nachr. 1891, S. 252) scharf hervorgehoben mit den Worten: „Nicht nur äussere Verletzungen, sondern auch krankhafte innerorganische Vorgänge physischer wie psychischer Natur erscheinen als Unfall, wenn sie durch ein plötzliches äusseres Ereigniss am Körper des Betroffenen hervorgerufen werden."

Leider werden, wie mich die tägliche Erfahrung lehrt, die Folgerungen aus dieser von der autoritativsten Stelle vertretenen Auffassung beim Meldewesen noch keineswegs in richtiger Weise gezogen. In der Schweiz hat es sogar den Anschein, als ob mit dem zunehmenden Alter der Haftpflichtgesetze eher die Unsicherheit sich vermehre als umgekehrt. Zunächst wird bei der Annahme von unfallweise entstandenen Krankheiten höchst willkürlich verfahren; das gleiche gilt aber auch für die sogen. zweifelhaften Verletzungen. Es sind dies Körperschädigungen, deren medizinische Auffassung nicht sicher steht. Deswegen sind auch die Versicherungsorgane über ihre Zugehörigkeit zur Unfall- oder Krankenversicherung im Unklaren.

Die folgenden Erörterungen bezwecken, die wichtigsten Gesichtspunkte über die Voraussetzungen, unter welchen die unfallweise Entstehung von Krankheiten anzunehmen ist, und über die Zugehörigkeit der zweifelhaften Verletzungen zur Unfall- oder Krankenversicherung zu beleuchten.

I. Voraussetzungen für die Annahme von Unfallkrankheiten.

Von den in der Unfallversicherung und gemäss den Haftpflichtgesetzen entschädigungspflichtigen Krankheiten stehen eine grosse Zahl in kausalem Zusammenhange mit Unfallverletzungen, sie müssen entschädigt werden, weil sowohl die unmittelbaren, als die mittelbaren Folgen von Unfällen gemäss dem Wortlaute der Gesetze in die Versicherung eingeschlossen sind. Hierher gehören z. B. die sämmtlichen Wundkrankheiten; über ihre Zugehörigkeit zur Unfallversicherung herrscht völlige Klarheit, dasselbe gilt in der Haftpflichtpraxis.

Gegenstand von Controversen sind dagegen jene Unfallkrankheiten, welche seltener zufolge von Unfällen, gewöhnlich aus ganz anderen Ursachen entstehen.

Am bekanntesten sind die Hernien, die Unterleibsbrüche. Sie stellten anfangs ein besonders schweres Kapitel der Haftpflicht- und Unfallversicherungspraxis dar, das aber gegenwärtig dank dem verständnissvollen Zusammenwirken der zuständigen Versicherungsorgane und Aerzte fast ganz abgeklärt ist. In der eben erschienenen gewerblichen Unfallstatistik für das Jahr 1897 wird S. 53 hervorgehoben, dass die unfallweise plötzliche Entstehung von Leistenbrüchen nach der herrschenden medizinischen Ansicht, der das Reichs-Versicherungsamt seit Jahren in ständiger Rechtssprechung folgt, sehr selten sei (1887: 1,42 % aller Verletzungen; 1897: 1,10 %). Wie verschieden aber noch jetzt die für die Entschädigungspflicht der Hernien massgebenden Grundsätze von den Organen der deutschen Unfallversicherung befolgt werden, ergeben die weiteren Angaben der Unfallstatistik: bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften betragen die Leistenbrüche im Jahre 1897: 1,10 %, bei den Ausführungsbehörden 5,80 % und bei der Marineverwaltung sogar 23,26 % aller Unfälle: „Diese anscheinend grosse Häufigkeit der ursprünglichen Entstehung von Leistenbrüchen wird mehr auf eine wohlwollende Prüfung der Ansprüche der Arbeiter als darauf zurückzuführen sein, dass die bei diesen Verwaltungen vorkommenden Arbeiten und Unfälle besonders geeignet sein sollten, Leistenbrüche ursächlich in plötzlicher Entstehung hervorzurufen." Dieser Satz der Unfallstatistik imponirt sehr durch den feinen Takt, mit welchem die mangelhafte Kenntniss der für die Entschädigung der Brüche massgebenden Grundsätze entschuldigt wird; jene dürfte thatsächlich doch die Hauptursache für die überraschende Verschiedenheit der Frequenz der Unfallbrüche bilden.

In dem dem Vorstande der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Niederösterreich in Wien erstatteten Gutachten über die Entschädigung der Unterleibsbrüche in der staatlichen Unfallversicherung (Verlag von Franz Deuticke, Wien und Leipzig) habe ich die von der deutschen Unfallrechtsprechung festgestellten Grundsätze eingehend besprochen. Es sind kurz zusammengefasst die folgenden: Neben den Erhebungen des Arztes über die Art und Dauer des Leidens ist die Feststellung des Betriebsunfalles von der allergrössten Bedeutung. Bei letzterem kommen seltener eigentliche Unfallereignisse in Betracht. Die Hauptursache für die Entstehung der Brüche bildet die körperliche Anstrengung. *Sie* wird rechtlich den Unfallereignissen nur gleichgestellt, insofern sie sich als aussergewöhnlich oder Ueberanstrengung für den betroffenen Arbeiter erweist. Aussergewöhnliche oder Ueberanstrengung liegt vor, wenn es sich handelt um:

1. schwere, jedoch geläufige Arbeit, die unter ausnahmsweise ungünstigen Umständen verrichtet werden muss;
2. ungewohnte Anstrengung;
3. eigentliche Ueberanstrengung, d. h. aussergewöhnliche Anstrengung in Hinsicht auf Alter und Körperstärke des Arbeiters.

Die unfallweise Entstehung der Hernien wird in der Weise beobachtet, dass in einen präparirten Brucksack zufolge eines Unfalles oder einer Ueberanstrengung plötzlich Eingeweide austritt. Ganz dieselbe plötzliche Entstehung kommt jedoch viel öfters unter andern Verumständungen vor, beim Husten, beim Pressen u. s. w. Nicht anders verhält es sich auch mit allen andern hier uns noch beschäftigenden Unfallkrankheiten, gleichviel ob sie durch Unfall entstehen, oder ob sie lange Zeit latent im Körper bestehen und durch einen Unfall manifest werden oder ob der letztere bloss die plötzliche schlimme Wendung der Krankheit veranlasst. All das kommt ausser durch Unfall durch beliebige Ursachen, ja sogar nicht selten ohne bestimmte Ursache zur Beobachtung.

Bei der völligen Gleichheit des Verhältnisses der Ursache zur Entstehung des Leidens begreift es sich ohne weiteres, dass die bei den Hernien angenommenen Voraussetzungen für den Entschädigungsanspruch auch für alle übrigen Unfallkrankheiten Gültigkeit haben müssen. Auch für die

letzteren ist die Feststellung des Betriebsunfalles von besonderer Wichtigkeit und neben den eigentlichen Unfallereignissen spielen die Ueberanstrengungen die gleiche bedeutungsvolle Rolle wie bei den Hernien. Indem die aussergewöhnliche oder Ueberanstrengung stets in Hinsicht auf die Körperstärke und die übrigen konstitutionellen Verhältnisse des Betroffenen angenommen wird, kann jeder Einzelfall für sich in besondere Erwägung gezogen werden. Dadurch wird die richtige Beurtheilung wesentlich gefördert.

Eine Frage drängt sich nun ohne weiteres auf: Hat die Unfallversicherung auch die bei der gewohnten betriebsüblichen Arbeit plötzlich auftretenden Erkrankungen oder die plötzlich auftretende Verschlimmerung vorbestandener Erkrankungen zu entschädigen? Die Frage muss mit Sicherheit verneint werden. „Unter Betriebsunfall ist ein plötzliches, die Gesundheit und damit die Erwerbsfähigkeit schädigendes Ereigniss zu verstehen, welches ursächlich auf den Betrieb zurückzuführen ist." So lautet die kürzeste Definition des Betriebsunfalles, dessen erwerbliche Folgen ausschliesslich entschädigt werden. Indem die Definition ein plötzliches, die Gesundheit schädigendes Ereigniss verlangt, kann sie unmöglich die Körperschädigung als solche unter diesem Ereignisse verstehen, sondern letzteres muss als besonderes Ereigniss die Körperschädigung bedingen. Als ein solches besonderes Ereigniss darf aber die gewohnte und betriebsübliche, auch wenn sie eine schwere und mit Gefahren verbundene Arbeit darstellt, nicht aufgefasst werden, sonst würde jede bei gewohnter Betriebsarbeit plötzlich auftretende Gesundheitsschädigung einen plötzlichen Betriebsunfall darstellen, was ohne weiteres gesetzwidrig erscheinen muss. Dieselbe Ueberlegung führt aber auch dazu, für jede von der Unfallversicherung zu tragende Körperschädigung zu verlangen, dass sie unfallweise entstehe. Diese Entstehung ist bei der gewohnten Betriebsarbeit nur durch ein besonderes Unfallereigniss oder durch eine letzterem rechtlich gleich stehende Ueberanstrengung und nicht durch die Betriebsarbeit als solche denkbar. Die bei der gewohnten betriebsüblichen Arbeit ohne besonderes Unfallereigniss oder ohne Ueberanstrengung plötzlich in die Erscheinung tretenden Körperschädigungen gehören demnach nicht in die Unfall-, sondern eventuell in die Krankenversicherung.

Belege für die Richtigkeit dieser Auffassung liefert die Unfallrechtssprechung in grosser Zahl, aber stets fort auch solche, welche die gegentheilige Auffassung vertreten. Ich führe drei Entscheidungen aus der als Anlage zum Kompass veröffentlichten Sammlung an.

1. Rekurs-Entscheidung vom 11. Febr. 1889. (Bd. III. No. 177. S. 65). Der Tod des Geschirrführers F. war unstreitig durch eine Berstung der grossen Herzschlagader in den Herzbeutel erfolgt. Berufsgenossenschaft, Schiedsgericht und das Reichsversicherungsamt wiesen die Entschädigungsansprüche ab, letzteres mit folgender Begründung:

„Ein" Unfall bei dem Betriebe „im Sinne des Gesetzes liegt nicht schon dann vor, wenn der Unfall sich während oder bei Gelegenheit des Betriebes ereignet, sondern nur dann, wenn er mit dem Betrieb und dessen Gefahren in ursächlichem Zusammenhang steht. Ein solcher Zusammenhang ist aber nicht anzunehmen, wenn gelegentlich der gewöhnlichen, mit besonderer Kraftanstrengung nicht verbundenen Betriebsthätigkeit eines Arbeiters in Entwickelung eines vorhandenen organischen Fehlers ein krankhafter körperlicher Vorgang sich vollzieht und zu einem tödtlichem Abschlusse gelangt, welcher ebensowohl bei einer nicht im Betriebe stattfindenden Verrichtung des täglichen Lebens oder selbst ohne erkennbare äussere Veranlassung sich hätte ereignen können. Das Rollen eines 266 kg schweren Fasses auf einer ebenen Fläche durch zwei und das Aufstürzen dieses Fasses durch drei, an solche Arbeit gewöhnte Männer kann als eine das gewöhnliche Mass übersteigende Arbeit nicht angesehen und ein Zusammenhang des Todes mit den Gefahren des Betriebes deshalb nicht anerkannt werden."

2. Rekurs-Entscheidung vom 14. Mai 1898. (Bd. XII. No. 185. S. 126). Ein mit einem Herzfehler behafteter Arbeiter, welcher schon früher an Ohnmachtsunfällen gelitten hatte, wurde, nachdem er Tags zuvor von Morgens 6 bis Abends 7 und dann von 11½ Nachts bis 1 Uhr Mittags gearbeitet hatte, beim Schieben einer Karre ohnmächtig und fiel zu Boden. Beim Falle zog er sich einen rechtsseitigen typischen Radiusbruch zu. Entgegen dem Schiedsgerichte wurde keine Entschädigung zugesprochen, sondern, wie folgt, argumentirt:

„Ebensowenig wie die Arbeit unter besonderen, die Gefahr einer Körperschädigung erhöhenden Umständen — auch im Augenblicke des Unfalles — geschah, hat auch die Beschaffenheit der Betriebsstätte derart besondere Gefahren gehabt, um auf die Folgen des lediglich durch die Ohnmacht des Klägers eingetretenen Falles zu Boden mehr als gewöhnlich einzuwirken. Zu den von den Betriebsunfällen auszuscheidenden Ereignissen zählen vielmehr auch plötzliche krankhafte Anwandlungen, wenn sie als Folge eigenthümlicher körperlicher Anlagen und besonderer Beschaffenheit des Körpers hervortreten und zwar so, dass ihr physisch vorbereiteter Eintritt jeden Augenblick, sei es bei der Arbeit oder auch nicht bei der Arbeit, erfolgen kann. Dann unterliegt der Betroffene nicht einem Unfall, das heisst einem mit dem Betriebe zusammenhängenden Ereigniss, sondern der eigenen Gebrechlichkeits- und Krankheitslage, die ihn ausser Stand setzte, ohne Schaden für die Gesundheit den regelmässigen Grad von Arbeitsfähigkeit zu entwickeln und der mit Verrichtung jeder Arbeit verbundenen Anstrengung und körperlichen Abnutzung zu widerstehen. Ein Betriebsunfall liegt, wenn eine körperliche Schädigung lediglich bei Gelegenheit der Betriebsarbeit entstanden ist, selbst dann nicht vor, wenn die Arbeitsfähigkeit plötzlich beendigt wird."

3. Rekurs-Entscheidung des sächsischen Landesversicherungsamtes vom 9. Sept. 1898. (Bd. XII. No. 315). Der 46jährige Bäumer einer mechanischen Weberei erlitt am 1. Sept. 1897 nach der Mittagspause, nachdem er eine Garnkette im Gewichte von 60—70 Pfund vom Webestuhl nach der Strasse getragen und dieselbe in eine auf einem Wagen stehende Kiste geworfen hatte, wobei die Kette über Kopfhöhe gehoben werden musste, eine Pancreas-Blutung. Eine halbe Stunde darnach wurde es ihm schlecht, es folgten heftigste Kolikerscheinungen, welche den Transport in die Wohnung veranlassten. Nach 6 Tagen trat der Tod ein. Das medizinische Gutachten nimmt gestützt auf den Obduktionsbefund an, dass der Arbeiter schon länger an Fettnekrose des Pancreas gelitten habe und die Blutung durch fettige Entartung der Gefässe erfolgt sei. In den bisher bekannten traumatischen Fällen von Pancreas-Blutungen handelte es sich stets um schwere Verletzungen. Gleichwohl glaubt die Expertise, dass die geringe Anstrengung des Hebens und Tragens der Kette genügte, um den Blutdruck so zu steigern, dass es zu einer Zerreissung der pathologisch vereinbarten und zur Ruptur vorbereiteten Gefässe kam. Die Entschädigungspflicht wird anerkannt, indem das Gericht annimmt, dass hier, wo bei einem schon kranken Menschen die Betriebsarbeit und eine damit verbundene, nicht übermässig grosse Anstrengung, die Gelegenheitsursache zu einem tödtlichen Krankheitsausbruche bildet, der über kurz oder lang auch ausserhalb des Betriebes erfolgt sein würde, ein Betriebsunfall vorliege.

Motivirung: Die den Unfall in sich schliessende plötzliche Einwirkung auf den menschlichen Körper kann auch in einer äusserlich nicht hervortretenden inneren Verletzung, wie hier in einer Gefässzerreissung bestehen und sie ist, wenn sie durch den Betrieb veranlasst wird, als ein bei dem Betriebe vorgekommener Unfall anzusehen, mag auch der Anlass zu der inneren Verletzung kein aussergewöhnlicher gewesen und die körperverletzende Wirkung der Betriebsarbeit nur dadurch möglich geworden sein, dass der betroffene Arbeiter sich bereits in einem solchen Krankheitszustande befunden hat, vermöge dessen schon bei geringfügigem Anlasse ein plötzlicher Krankheitsausbruch stattfinden konnte. Das U.-V.-G. erfordert nicht, dass der Betrieb die alleinige Ursache des Unfalles bilde; es reicht vielmehr hin, wenn er sich nur als die

mitwirkende Ursache des Unfalles dergestalt erweist, dass anzunehmen ist, dieser würde ohne die schädigenden Einflüsse der Betriebsarbeit so, wie er sich zugetragen hat, nicht eingetreten sein. Der Umstand, dass einer als Unfall sich darstellenden Gefässzerreissung oder sonstigen inneren Verletzung, wie sie regelmässig die Ursache von Schlaganfällen und ähnlichen Krankheitserscheinungen bilden, eine über das betriebsübliche hinausgehende grosse Anstrengung vorausgegangen ist, bildet nicht ein Erfordernis für den Begriff des Betriebsunfalles, kommt vielmehr unter Umständen als Beweisthatsache zur Rechtfertigung der Annahme in Betracht, dass in der That die Betriebsarbe t den Anlass zu der eingetretenen inneren Verletzung gegeben hat. Im vorliegenden Falle ist der Mangel einer solchen Beweisaufnahme unerheblich, weil der Beweis vorliegt, dass vermöge des besonderen Krankheitszustandes schon eine verhältnismässig geringfügige Anstrengung den tödtlichen Krankheitsausbruch veranlassen konnte, und dass in der That das Tragen und Heben der Garnkette am Nachmittage des 1. September den unmittelbaren Anlass zu den Gefässzerreissungen und den dadurch verursachten Blutungen in die Bauchspeicheldrüse gegeben hat. Wenn anzuerkennen ist, dass dieser Krankheitsausbruch den Verstorbenen ebensogut bei einer häuslichen oder sonstigen, nicht mit dem versicherten Betriebe zusammenhängenden Verrichtung hätte treffen können, so lässt sich nur sagen, dass dann, wenn der Krankheitsausbruch bei solchem Anlasse stattgefunden hätte, ein Betriebsunfall nicht vorgelegen hätte. Durch diese Möglichkeit eines anderen Sachverlaufs wird aber an der Thatsache nichts geändert, dass die innere Verletzung so, wie sie eingetreten ist, einen Betriebsunfall darstellt und die Ursache seines Todes geworden ist.

Die Ablehnung des Entschädigungsanspruches wird in den beiden ersten Entscheidungen in ungefähr gleicher Weise motivirt. Plötzliche krankhafte Anwandlungen, wenn sie als Folge eigenthümlicher körperlicher Anlagen und besonderer Beschaffenheit des Körpers hervortreten und zwar so, dass ihr physisch vorbereitete Eintritt jeden Augenblick, sei es bei der Arbeit oder auch nicht bei der Arbeit erfolgen kann, werden in der zweiten Entscheidung von den Betriebsunfällen ausgeschlossen und ebenso in der ersten Entscheidung der Eintritt eines krankhaften körperlichen Vorganges mit tödtlichem Abschlusse in Entwickelung eines vorhandenen organischen Fehlers, wenn er sich gelegentlich der gewöhnlichen, mit besonderer Kraftanstrengung nicht verbundenen Betriebsthätigkeit vollzieht. Die dritte Entscheidung nimmt dagegen die Körperschädigung als Unfallereigniss an: „Die den Unfall in sich schliessende plötzliche Einwirkung auf den menschlichen Körper kann auch in einer äusserlich nicht hervortretenden Verlegung wie hier in einer Gefässzerreissung bestehen und sie ist, wenn sie durch den Betrieb veranlasst wird, als ein beim Betriebe vorgekommener Unfall anzusehen.“ Die hier vorgenommene Identifizirung der Körperschädigung mit dem Unfallereignisse ist gemäss der Definition des Unfalles unhaltbar, wie dies bereits ausgeführt wurde. Nur durch die Feststellung eines besonderen Unfallereignisses oder einer Ueberanstrengung als Ursache der Körperschädigung wird der Unfall perfekt, während ohne eine solche Feststellung das rechtliche Erforderniss für die Annahme eines Unfalles fehlt.

Die Frage, ob im Einzelfalle die rechtlichen Voraussetzungen für einen Unfall oder gar einen Betriebsunfall vorliegen, ist eine fast ausschliesslich juristische Frage, deren selbständiger Beantwortung sich die Gerichte kaum entziehen können. Die ärztliche Expertise, auf die gewöhnlich abgestellt wird, kann sie nur in ganz seltenen Fällen beantworten, wird daher besser mit ihr überhaupt nicht behelligt.

Die drei angeführten Entscheidungen lassen in sehr instruktiver Weise erkennen, dass die ärztliche Expertise für die Abweisung oder Annahme eines Schadenanspruches gar nicht massgebend sein kann, wenn die rechtlichen Voraussetzungen für den Unfall fehlen. In der letztangeführten Entscheidung wurde die Frage der Expertise unterstellt: „ob mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, dass den unmittelbaren und nächsten Anlass zu der eingetretenen Gefässzerreissung und Pankreasblutung das Tragen der einen Garnkette im Gewichte von 60—70 Pfund und ihr Heben in die auf dem Wagen stehende Kiste gebildet habe“. Die Frage wurde mit vollem Rechte in positivem Sinne beantwortet. In ganz derselben Weise hätte aber auch in der ersten Entscheidung die analoge Frage beantwortet werden müssen, ob mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, dass den unmittelbaren und nächsten Anlass zu der eingetretenen Berstung der grossen Herzschlagader das Rollen eines 266 kg schweren Fasses auf einer ebenen Fläche mit noch einem und das Aufstürzen dieses Fasses mit noch zwei Nebenarbeitern gebildet habe; ebenso in der zweiten Entscheidung die Frage, ob mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, dass den unmittelbaren und nächsten Anlass zu der eingetretenen Ohnmacht bei dem herzkranken und durch lange Arbeitszeit ermüdeten Arbeiter das Schieben einer Karre gebildet habe. Nicht auf den medizinischen Sachverhalt kommt es also bei den drei Fällen an, entscheidend ist einzig die Beurtheilung der die Körperschädigung veranlassenden Arbeit. Falls der Richter in ihr eine aussergewöhnliche oder Ueberanstrengung für den geschädigten Arbeiter sieht, so bestehen die Voraussetzungen für die Annahme eines Unfalles und es sind dessen Folgen zu entschädigen; falls die Ueberanstrengung aber verneint wird, liegt kein Unfall vor und es sind die Folgen der Körperschädigung oder des Todes nicht von der Unfallversicherung zu tragen.

Aus einer nicht geringen Zahl von Entscheidungen ist ersichtlich, dass die Zuerkennung oder Abweisung der Entschädigung davon abhängig gemacht wird, ob eine Körper*schädigung* bei Gelegenheit des Betriebes oder aber durch den Betrieb entstehe. Die Entstehung durch den Betrieb erfordert einen kausalen Zusammenhang mit dem Betriebe und dessen Gefahren. Gemäss der eben angeführten Entscheidung vom 11. Februar 1889 ist dieser Zusammenhang nicht anzunehmen, „wenn gelegentlich der gewöhnlichen, mit besonderer Kraftanstrengung nicht verbundenen Betriebsthätigkeit eines Arbeiters in Entwickelung eines vorhandenen organischen Fehlers ein krankhafter körperlicher Vorgang sich vollzieht.“ Aus dieser negativen Feststellung ergiebt sich ohne Weiteres die positive, dass der Zusammenhang mit dem Betriebe anzunehmen ist, wenn gelegentlich einer aussergewöhnlichen, mit besonderer Kraftanstrengung verbundenen Betriebsthätigkeit eines Arbeiters die Körperschädigung sich vollzieht, wenn mit anderen Worten eine aussergewöhnliche oder Ueberanstrengung erwiesen ist.

Möchten doch diese klaren, Jedermann verständlichen Motive mehr Eingang in die Entscheidungen finden und jene ohne Weiteres gar nicht verständliche Unterscheidung zwischen „bei Gelegenheit des Betriebes“ und „durch den Betrieb“ verdrängen! Je klarer und konsequenter die Unfallrechtssprechung ist, um so sicherer nimmt auch die Zahl der Prozesse ab. Die letzteren haben in den uns beschäftigenden Fällen ihren Hauptgrund darin, dass die von den Erkrankten oder ihren Hinterbliebenen zuerst befragten Vertrauenspersonen hinsichtlich der Bedingungen für eine Entschädigung keinen Bescheid wissen. Hierdurch wird das Misstrauen gesät gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft. Wie ganz anders würde dieser aber beurtheilt, wenn schon der befragte Arzt oder Gemeindebeamte oder Pfarrer u. s. w. wissen, von welchen Voraussetzungen die Gewährung der Entschädigung ge-

tragen wird, und danach sich ihre Ansicht über die Berechtigung derselben bilden!

Wer glaubt, das bessere Verständniss könne die Versicherten verleiten, Unfälle und Ueberanstrengungen zu erfinden, ist falsch berathen. Das beste und wirksamste Mittel, jede missbräuchliche Ausnutzung der Versicherung zu verhüten, ist ihre richtige Benutzung genau zu kennen.

(Schluss folgt.)

Ueber Diebstähle in den grossen Kaufhäusern

Von
San.-Rath Dr. **Leppmann**-Berlin.
Königl. Bezirks-Physikus.

(Nach einem Vortrage in der Berl. Ges. für Psychiatrie u. Nervenkr.)

Das Verbrechen, d. h. nach Deutung des Wortbegriffs die schuldbare Schädigung derjenigen Rechtsgüter, welche der Staat seinem besonderen durch Strafe zu bewirkenden Schutze unterstellt, hat zwei Wurzeln, eine soziale und eine individuelle.

Es entspringt einerseits aus der Eigenart der Beziehungen in welche die Menschen durch ihr Zusammenleben mit einander treten, also aus der sozialen Gliederung der menschlichen Gemeinschaft, andererseits aus der Eigenart Einzelner, welche in dieser Gemeinschaft leben.

Die Auffassung des Verbrechens als einer Lebensäusserung der jeweiligen gesellschaftlichen Gliederung macht es verständlich, dass jede Aenderung der sozialen bezw. wirthschaftlichen Organisation die Bedingungen zur Vollführung verbrecherischer Störungen der Rechtsordnung verschiebt.

Ein Beispiel wie selbst unscheinbare Aenderungen wirthschaftlicher Einrichtungen auf die Begehung strafbarer Handlungen von sichtlichem Einfluss sein können, bietet uns die Entstehung der grossen Waarenhäuser.

Diese Kaufpaläste, welche durch verlockende Aufstapelung der verschiedenartigsten Lebensbedürfnisse an ein und demselben Orte in berechneter, dem Beschauer möglichst genäherter Aneinanderreihung und in bequem zu durchschreitenden Räumen einen möglichst hohen Kaufreiz auf das Publikum ausüben, erregen auch einen möglichst hohen Reiz zum rechtswidrigen Ansichbringen fremder, beweglicher Sachen, d. h. zum Diebstahl.

Die Begehrlichkeit der Besucher wird nicht nur durch die Menge und Vielartigkeit der in unmittelbarem Handbereich des Publikums zur Schau gestellten Artikel gereizt, sie wird auch dadurch erregt, dass namentlich zur Zeit starken Betriebes, wo das Geschäftspersonal durch Käufer ganz in Anspruch genommen ist, scheinbar niemand die in so verlockender Nähe ausliegenden Waaren hütet und das unredliche Zugreifen gleichsam durch die Masse des kaufenden Publikums selbst, wie durch unbewusste Mithelfer gedeckt wird.

Diese günstige Gelegenheit zum Stehlen ist freilich nur eine scheinbare, denn die Inhaber solcher Warenhäuser sind sich der Diebstahlsgefahr wohl bewusst und lassen eine Kontrolle durch eigene und zwar weibliche Privatpolizei ausüben. Auch die amtliche Geheimpolizei hält ihr besonderes Augenmerk auf diese Kaufstätten, da auch sie längst die Ueberzeugung hat, dass seit Entstehung der grossen Waarenhäuser die Ladendiebstähle an Zahl sehr zugenommen haben.

Sehen wir uns nun die Subjekte dieser Diebstähle und Diebstahlsversuche in den grossen Magazinen an, so handelt es sich in den meisten Fällen um Personen, in deren Leben der gerade entdeckte Diebstahl nicht als ein einzelnes rechtsbrecherisches Ereigniss sich darstellt.

Wir sehen die grossen Magazine, wie ich namentlich durch ausgiebige und entgegenkommende Auskunftertheilung in der hiesigen Kriminalpolizei erfuhr, zunächst als Bethätigungsorte des gewerbsmässigen Verbrecherthums, d. h. derjenigen Personen, welche den Krieg gegen fremdes Eigenthum zu ihrer einzigen oder doch zu ihrer hauptsächlichen Lebens- und Erwerbsthätigung gewählt haben.

Aber auch unter denen, welche durch ihre soziale Stellung oder regelmässige geordnete Erwerbsbethätigung zeigen, dass die Erlangung fremden Eigenthums durch unredliche Handlungen nicht einen wesentlichen Erwerbszweck bildet, wiegen die Personen vor, wo die Neigung zum Ladendiebstahl eine eingewurzelte ist, welche daher entweder als rückfällig ertappt werden, oder bei denen durch die an die erste Entdeckung sich sofort anschliessende Haussuchung ein ganzes Lager von gestohlenen Sachen zu Tage gefördert wird.

Unter den Gewerbsmässigen finden wir zunächst Spezialisten, welche sich nur auf diese Art des Diebstahls einrichten, und diese sind fast ausschliesslich weiblichen Geschlechts mit Ausnahme der internationalen Juwelendiebe welche zwar nicht in den grossen Waarenhäusern ihr Gewerbe ausüben können, die aber immer die umfangreichsten Juwelierläden aufsuchen, weil sie dort am leichtesten Gelegenheit zum Stehlen haben.

Ausser diesen gewerbsmässigen Spezialisten greift auch das andersartige gewerbsmässige Verbrecherthum in seinen Mussestunden, wenn ich so sagen darf, zum Ladendiebstahl, so z. B. führte vor einigen Jahren eine Bande päderastischer Prostituirter eine grosse Reihe raffinirter Diebstähle in einem unserer grossen Waarenhäuser aus.

Sehen wir uns nun neben den Gewerbsmässigen die „Amateurs" der Magazindiebstähle an, so sind diese, man kann sagen, ausschliesslich, weiblichen Geschlechts und zwar sind es Mädchen und Frauen meist in der Vollreife d. h. in den zwanziger und dreissiger Jahren. Fast niemals sind es ganz arme Leute, sie gehören dem in geordneten Verhältnissen lebenden Kleinbürger- und dem Mittelstande an, ja zuweilen sind auch recht begüterte Frauen und Mädchen der besten Gesellschaft darunter.

Die Strafthat bezw. die Strafthaten dieser zweiten Gruppe treten daher in einen merkbaren Contrast zu ihrer sozialen Stellung, ja meist auch zu ihrem Vorleben und deshalb ist es erklärlich, dass gerade bei ihnen seitens der Angehörigen und seitens der Vertheidigung am häufigsten der Einwurf der Geistesstörung zur Zeit der That erhoben wird. Aber auch bei den Gewerbsmässigen wird als letzte Nothhilfe dieser Einwurf bekanntlich nicht selten gemacht, und so gelangen wir häufig dazu, dergleichen Ladendiebinnen auf ihren Geisteszustand zu untersuchen.

Ich bin in den letzten Jahren theils privatim und theils seitens der Gerichte wiederholt mit dergleichen Untersuchungen betraut worden, ich verfüge aber auch über Fälle, welche garnicht zur behördlichen Kenntnis gekommen sind, wo die Angehörigen nur zu ihrer eigenen Belehrung die Meinung eines Sachverständigen wissen wollten und ich habe mein Material, welches sich auf einige Dutzend beläuft, durch Umfrage bei meinen Kollegen zu ergänzen gesucht und danke namentlich Herrn Professor Strassmann und Herrn Sanitätsrath Edel für die Ueberlassung von Fällen.

Es liegt mir nun fern, etwa eine statistische Uebersicht geben zu wollen, aber ich glaube es wird doch das ärztliche Interesse erregen, wenn ich auch einige besondere Ergebnisse solcher Untersuchungen vortrage.

Zunächst konnte ich bei einigen der Untersuchten gar kein krankhaftes Moment nachweisen. Es waren dies Frauen und ältere Mädchen aus dem Mittelstande, zum Theil sogar aus dem besseren Mittelstande, bei denen man eben annehmen musste,

dass trotz ihres Vorlebens und der Lebenslage in der sie sich befanden, ihre Sittlichkeit keine innerlich gefestigte war. Bezeichnend war mir in diesen Fällen, dass sie bei der Wegnahme doch eine gewisse Auslese mit Rücksicht auf Werthvolles getroffen hatten und dass sie neben der Begehrlichkeit im Allgemeinen noch besondere Gründe hatten, auch einmal ohne Gegenleistung Waaren an sich zu bringen. Sie hatten nämlich durchgängig zu der Zeit des Diebstahls grössere Geldausgaben gemacht, die eine zur Brautausstattung der Tochter, die andere zum Geburtstage eines Kindes, eine Dritte zum herannahenden Weihnachtsfest. Das letztere würde ich am geringsten psychologisch abwerthen, da in der Fülle der Weihnachtsbesucher die beste Gelegenheit zum Stehlen ist und thatsächlich am meisten gestohlen wird. Mehrere davon hatten wiederholt gestohlen, ehe es zur Entdeckung kam. Nicht zu unterschätzen ist bei diesen eben erwähnten Diebinnen der Umstand, dass die Diebstähle ihnen vielleicht deshalb nicht so moralisch unwerth erschienen, weil sie dieselben begingen, um anderen eine Freude zu bereiten.

(Schluss folgt.)

Aus der Landesirrenanstalt zu Neu-Ruppin.

Zur Ehescheidung wegen Geisteskrankheit.

Von
Dr. G. Marthen,
Oberarzt.

Das Bürgerliche Gesetzbuch hat vielfach neue juristische Begriffe an Stelle alter gesetzt. So anerkannt nun der Nutzen der Schaffung eines allgemeinen deutschen bürgerlichen Rechtes ist, so muss doch zugegeben werden, dass die Uebergangszeit manche Schwierigkeiten für den Richter wie den Sachverständigen mit sich bringt und zwar gerade in der Deutung der einzelnen Ausdrücke des Bürgerlichen Gesetzbuches. Dies gilt auch bezüglich der Bestimmungen des Gesetzes über die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Zunächst ist es hier der Begriff der geistigen Gemeinschaft und ihrer Aufhebung, welcher zu mancherlei Meinungsverschiedenheiten Anlass geben kann und gegeben hat. Es ist wohl hierbei mehr, als wie es bisher geschehen, der Standpunkt zu berücksichtigen, dass die geistige Gemeinschaft je nach Seelenanlage, Bildungsgrad und sozialer Stellung einen ganz verschiedenen Werth annehmen muss. Theoretisch betrachtet müsste man bei dem einzelnen Falle nicht nur zunächst erst feststellen, wie beschaffen die geistige Gemeinschaft der Ehegatten vor der Erkrankung der einen Ehehälfte war — es soll ja vorkommen, dass auch ohne Geisteskrankheit ihre Beschaffenheit eine höchst fragwürdige ist — sondern auch, wie das Geistesleben des anderen Ehegatten ist und welche Ansprüche in Bezug auf Geistesgemeinschaft er nach seinem eigenen Wesen an seine Ehehälfte stellen kann und muss. Ein Handarbeiter, welcher vielleicht den ganzen Tag über auswärts seiner Arbeit nach — und Abends zur Erholung ins Wirthshaus geht, wird sicher verhältnissmässig geringere Anforderungen in dieser Hinsicht an seine Ehefrau stellen, als wie eine seelisch höher stehende, geistig arbeitende Person, welche schon bei einer verhältnissmässig leichten sittlichen und intellektuellen Entartung seiner Ehehälfte von ihr sagen kann: „Du gleichst dem Geist, den Du begreifst, nicht mir.“ In einem solchen Falle würde also schon eine mit geringem ethischem Schwachsinn einhergehende Geisteskrankheit die Ehescheidung begründen können. Gerade umgekehrt werden aber die sozialen Unterschiede auf das praktische Bedürfniss der Ehescheidung einwirken. Den besser situirten Ständen wird es viel leichter sein, ein blosses Nebeneinanderleben bei einer familialen Verpflegung des geisteskranken Ehegatten zu ermöglichen, als denjenigen Volkskreisen, welche auf das Zusammenwirken der Eheleute in dem Ringen um den täglichen Erwerb angewiesen sind. Es entspricht dies ja auch der Thatsache, dass die Ehescheidung überhaupt bei den arbeitenden Volksschichten eine viel häufigere ist. Da muss im Interesse seiner Selbsterhaltung der eine Ehegatte verlangen, dass auch der andere seinerseits seinen Verpflichtungen in der gemeinsamen Lebensführung in genügendem Masse nachkommt. Es ist dies aber nicht nur ein individuelles, sondern auch ein allgemeines, ein volkswirthschaftliches Interesse. Wie häufig sind nicht die Klagen des gesunden Ehegatten, dass er mit bezahlten Hilfskräften nicht wirthschaften könne, dass seine wirthschaftliche Existenz dem Zusammenbruch entgegen gehe ohne die Mitarbeit seiner Ehehälfte, er müsse entweder seine Frau wieder nach Haus nehmen — und zwar arbeitsfähig — oder sich wieder verheirathen! In diesem Sinne wäre es also wünschenswerth, die Verminderung geistiger Gemeinschaft zum mindesten mit der Anstaltspflegebedürftigkeit — einem allerdings eben so sehr von den Umständen abhängigen Begriffe — identifiziren zu können. Wenn nun auch diese Begründung: „anstaltspflegebedürftig, ergo Geistesgemeinschaft aufgehoben“ nicht angängig ist, so entspricht es doch dem praktischen Bedürfnisse, den Begriff „Aufhebung der geistigen Gemeinschaft“ nicht zu eng zu fassen und die Anforderung, die der andere Ehegatte an die geistige Gemeinschaft stellen muss, nicht unbeachtet zu lassen. Man soll also diesen Begriff nicht nur vom Standpunkte des geisteskranken, sondern auch von dem des geistesgesunden Theiles auffassen. Bei der dementen Form der Paralyse z. B. dürfte selbst bei einem mässigen Grade von Schwachsinn, wenn auch der Kranke nicht nur das Bewusstsein seiner Familienangehörigkeit besitzt, sondern sogar noch über eine gewisse Theilnahme für seine Familie verfügt, die Entscheidung sich doch rechtfertigen auf Grund der Ansprüche, welche der andere Theil an die geistige Gemeinschaft mit seiner Ehehälfte in praktischer Hinsicht zu stellen berechtigt ist. Das Gleiche gilt von der Melancholie — abgesehen von der anderen Stellung dieses Krankheitsbildes bezüglich der Prognose. — In diesem Falle wird gegenüber dem früheren Preussischen Landrechte sogar vielfach eine Erleichterung der Ehescheidung eintreten, wie es auch in dem unten angeführten Falle zu Tage trat. Es handelte sich da um eine zirkuläre Psychose, bei welcher Manie und Melancholie mit einander abwechselten. Als die Kranke sich im manischen Stadium befand, wurde sie im Entmündigungsverfahren durch das Gutachten des Sachverständigen für „wahnsinnig“ erklärt. Als die Ehescheidungsklage erhoben wurde, bot sie das Bild der Melancholie und konnte nur für „blödsinnig“ erachtet werden. Obwohl dieser Zustand noch andauert, musste nach Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches das Gutachten dahin gehen, dass durch diese geistige Erkrankung die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben sei.

In vorliegendem Falle entsprach übrigens die Fragestellung des Gerichtes nicht vollkommen dem Wortlaute des Bürgerlichen Gesetzbuches, sondern lehnte sich zu sehr an die früheren Bestimmungen an. Es war nämlich gefragt, ob Frau M. seit drei Jahren derart geisteskrank sei, dass dadurch die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist und ob jede Aussicht auf Wiederherstellung dieses Zustandes ausgeschlossen sei. Diese kleine Aenderung kann vorkommendenfalls von ausschlaggebender Bedeutung sein. Denn das Bürgerliche Gesetzbuch verlangt nur, dass die Geisteskrankheit im Augenblicke der Begutachtung — nicht schon seit drei Jahren — einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Im allgemein menschlichen

Interesse dürfte es dann sein, im Gutachten den entsprechenden Hinweis nicht zu unterlassen.

Die Schwierigkeiten, welche die letzte Frage des § 1569 dem Sachverständigen in psychiatrisch-prognostischer Hinsicht bereitet, sind bekannt. Schon Cramer (Gerichtliche Psychiatrie 1897) hebt dabei besonders die periodischen Psychosen hervor und ist der Meinung, dass in diesen Fällen nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch erst dann eine Ehescheidung möglich sein wird, wenn nach jahrzehntelangem Bestehen der Krankheit eine so bedeutende Abnahme der Intelligenz eingetreten ist, dass dadurch dauernd eine eheliche Gemeinschaft ausgeschlossen erscheint. Ich möchte ihm hier doch nicht ganz beistimmen. Sagt er doch selbst an anderer Stelle: „Nachdem die periodische Psychose in ihren Anfällen längere Jahre bestanden, werden bei dem einen früher, bei dem andern später die anfallsfreien Intervalle so kurz, dass oft nur Tage oder Wochen eines normalen Verhaltens die krankhaften Attaquen trennen." Die gleiche Bedeutung, wie der Verkürzung der anfallsfreien Intervalle, dürfte, wie es von mir geschehen, der Verlängerung der Krankheitsphasen beizumessen sein, zumal fast immer die eine Erscheinung mit der andern mehr oder minder Hand in Hand gehen wird. Es ist jedoch nothwendig, selbst bei den fortgeschrittenen Fällen dieser Art, den Begriff der Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft dahin zu erläutern, dass hier doch nur ein dauernder Zustand den berechtigten Anforderungen des praktischen Lebens genügen kann, und das Gutachten daraufhin zuzuspitzen, ob noch Aussicht auf eine dauernde Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft besteht oder nicht. In weniger schweren Krankheitsfällen wird es allerdings der vorsichtigsten Abmessung bedürfen, in welchem zeitlichen Verhältniss die Perioden ausgesprochener Krankheit und verhältnissmässiger Gesundheit während des ganzen Krankheitsverlaufes gestanden haben und welche Aussichten für die Zukunft ihr Verhältniss zu einander darbietet. Hier wird der Sachverständige sich oft darauf beschränken müssen, dem Gericht die Sachlage und ihre Schwierigkeit nach Möglichkeit klar zu legen. Immer wird es ja dem Gericht vorbehalten bleiben, ob es sich dieser Auslegung des Gesetzes anschliessen will oder nicht. In dem vorliegenden Falle ist auf meine Darlegung hin die Ehescheidung erfolgt.

Das Gutachten, welches mir zu vorstehenden Ausführungen Anlass gab, theile ich nunmehr nur, soweit es zur Erkenntniss der Sachlage nothwendig ist und soweit es Interesse darbietet, mit:

Die vom Gericht mir gestellte Frage über den Geisteszustand der Frau M. ist aus mehreren zusammengesetzt und es ist nothwendig, sie in ihre Elemente aufzulösen.

1. Ist Frau M. zur Zeit in dem Maasse geisteskrank, dass die geistige Gemeinschaft zwischen ihr und ihrem Manne als aufgehoben anzusehen ist?

Bei oberflächlicher Betrachtung könnte man zunächst geneigt sein, dies in Abrede zu stellen: Frau M. steht in geordneter Weise Rede und Antwort, ist über Ort und Zeit genügend orientirt, weiss sich in die Anstaltsordnung zu fügen und beschäftigt sich sogar ab und zu in nützlicher Weise. Sehen wir jedoch tiefer! Frau M. befindet sich dauernd in schwermüthiger Verstimmung, sie ist ängstlich, beständig von einer inneren Unruhe gequält, sie glaubt sich von allen verachtet und gehasst, alle wollen sie fortgeschafft wissen, alles muthet sie schrecklich an, selbst eine so einfache und ihr wohlbekannte Massnahme wie das Temperaturmessen ruft in ihr die Befürchtung wach, es solle ihr Uebles zugefügt, Schmerzen sollen ihr auf diese Weise erzeugt werden. Denn sie ist beständig von mannigfachen unangenehmen Körpergefühlen belästigt. Da sitzt es ihr erst in den Beinen, dann legt es sich ihr auf die Brust und zuletzt drückt es ihr beinahe den Hals zu. Im Kopfe verspürt sie ein ewiges Singen und immer rings herum geht es drinnen in ihrem Kopfe. Das Schlimmste aber ist die Unruhe, die innere rastlose Unruhe, die sie oft genug ausser Bett jagt und sie den Arzt so oft um Hilfe anflehen lässt. Ein solches Krankheitsgefühl beherrscht das Seelenleben des betreffenden Menschen vollkommen, das Interesse für die Aussenwelt, auch für die Familienmitglieder, welche dem Herzen vorher am nächsten standen, ist erloschen: „Mir ist alles egal; wenn ich man erst tot wäre!" Ein so im Krankheitsgefühl versunkenes Seelenleben hat keine geistige Gemeinschaft mehr mit der Familie und dem Ehemanne. Nur hier und da gehen noch einige Gedanken und Gefühle den alten Weg, aber sie dienen nur dazu, den Riss desto fühlbarer zu machen und können in keiner Weise den dauernden Zusammenhang, die Gemeinschaft der Seelen vortäuschen. Auch das ist noch zu bedenken, dass nur die Ruhe des Anstaltslebens verhindert, dass nicht jeder Zeit eine Verschlimmerung der seelischen Verstimmung eintrete, die bis zur Verzweiflungsthat der Selbstvernichtung führen kann. Sehen wir doch schon nach einem kurzen Besuche naher Verwandten eine Steigerung der Unruhe und Angst bei Frau M. tagelang noch nachzittern. Auch die mechanische Beschäftigung, der Frau M. sich jetzt mitunter hingiebt, kann uns nicht irre machen: dient sie doch nur dazu, ihr den Geist ein wenig von den quälenden Gedanken abzulenken.

Frau M. befindet sich also zur Zeit in einem derartigen Zustande von Geisteskrankheit, dass die geistige Gemeinschaft zwischen ihr und ihrem Manne aufgehoben erscheint.

2. Besteht dieser Zustand seit drei Jahren?

Aus der Krankengeschichte wie aus dem Gutachten des Dr. S. ergiebt sich mit Sicherheit zunächst das, dass der gegenwärtige Zustand schwermüthiger Verstimmung sich zurück erstreckt bis zum August 1898, ja dass im Anfang seine Intensität eine noch grössere war. Dieser ging voran eine ruhige Periode von Ende Juni bis zum 20. August 1898. Vorher hatte Frau M. eine tobsüchtige, mit massenhaften Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen verbundene Erregung seit Oktober 1897 durchgemacht, in welcher sie von Dr. S. für „wahnsinnig" erklärt wurde. Bedenken wir, dass derselbe Frau M. in ihrem schwermüthigen Zustande nur für „blödsinnig" erklärte, so wird die Folgerung keines weiteren Beweises bedürfen, dass die tobsüchtige und „wahnsinnige" Frau M. derart geisteskrank war, dass auch damals bereits die geistige Gemeinschaft mit ihrem Manne aufgehoben war. Schwieriger ist dies bezüglich der ruhigen Periode von Ende Juni bis August 1898 zu entscheiden. Wie jedoch der weitere Krankheitsverlauf lehrt, war diese ruhige Periode nur eine vorübergehende, es war keine Genesung, sondern nur eine Remission. Durch eine solche Remission verliert meines Erachtens der Zustand aufgehobener Geistesgemeinschaft noch nicht die Eigenschaft, ein dauernder zu sein. Doch ist dies zu entscheiden Sache des Gerichtes, welches die nothwendigen Gesichtspunkte dafür auch noch weiter unten in der Beantwortung der dritten und letzten Frage finden wird. Uebrigens spricht der Wortlaut des § 1569 des Bürgerlichen Gesetzbuches ja nur von einer Dauer der Geisteskrankheit während dreier Jahre, nicht von einer solchen des Zustandes aufgehobener Geistesgemeinschaft während dieser vorangegangenen Zeit.

3. Ist jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen?

Zur Beantwortung dieser dritten und letzten Frage ist zunächst wieder eine Zusammenfassung nothwendig: Frau M.

ist 1871 zum ersten Male geistig erkrankt, genas aber bereits nach wenigen Wochen. Der zweite Anfall geistiger Störung trat 1875 ein und dauerte ein halbes Jahr. Im Sommer 1880 erkrankte sie wiederum, kam am 12. August 1880 in die Landesirrenanstalt zu E., von wo sie am 24. Juli 1881 als „vom Anfall geheilt“ entlassen wurde. Am 4. November 1881 daselbst bereits wieder aufgenommen, wurde sie am 24. März 1882 „gebessert“ entlassen. Ende 1893 erkrankte sie nochmals, wurde am 1. Januar 1894 wieder in E. aufgenommen, von wo sie bei Fortdauer ihrer Geistesstörung am 18. Mai 1897 hierher übergeführt wurde. Abgesehen von ihrer Remission Juni bis August 1898 dauert ihre Psychose seitdem fort. Frau M. hat also fünf bezw. sechs Anfälle von Geistesstörung erlitten, in deren letztem sie sich noch befindet. Es ist dies ein ausgesprochen periodisches Verhalten. Frau M. leidet an periodischer Geistesstörung. „Die einzelnen Ausbrüche der Psychose sind hier nicht selbstständige Erkrankungen, sondern nur die äusseren Zeichen eines dauernden Krankheitszustandes, der aus sich selbst heraus allmählich den Anfall vorbereitet. Auch in den anscheinend normalen Zwischenzeiten sind die Kranken keineswegs wirklich gesund, was sich häufig genug geradezu in dem Fortbestehen einzelner krankhafter Eigenthümlichkeiten kundgiebt.“ (Kräpelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Aufl.). Die einzelnen Anfälle der Geistesstörung tragen bei Frau M. keinen gleichartigen Charakter. Abgesehen von der ersten Attaque, über deren Natur wir nichts wissen, bot ihre Krankheit abwechselnd das Bild der Schwermuth und Tobsucht, zuletzt wieder Schwermuth. Wir haben also hier die zirkuläre Form der periodischen Geistesstörung vor uns mit Neigung zur Verlängerung der einzelnen Krankheitsphasen. Ueber diese sagt wiederum Kräpelin:

„Die Prognose des zirkularen Irreseins muss im Allgemeinen als ungünstig bezeichnet werden. Es giebt allerdings eine kleine Zahl von Fällen, in denen anscheinend völlige Heilung eintritt, namentlich bei jugendlichen Individuen und kurzer Dauer der einzelnen Anfälle. In der Regel aber kehrt die Krankheit immer wieder und zeigt dabei nicht selten die Neigung, sich mehr der kontinuirlichen Verlaufsart zu nähern. Diese letztere Form dürfte die prognostisch ungünstigste sein.“

Der letzte Passus trifft aber gerade auf Frau M. zu. Wir müssen demnach sagen: Frau M. leidet an unheilbarer zirkulärer Seelenstörung. Dass sowohl in ihrer Tobsucht wie in ihrer Schwermuth die geistige Gemeinschaft mit ihrem Ehemanne aufgehoben ist, haben wir oben gesehen. Die Beantwortung auch der letzten Frage wäre also sehr einfach, wenn die Remissionen nicht wären. Infolgedessen lässt sich nur Folgendes feststellen: Bei der Neigung zur Verlängerung der einzelnen Krankheitsanfälle werden voraussichtlich die Remissionen immer kürzer und weniger tief werden. Ob überhaupt noch eine Remission eintritt und von welcher In- und Extensität sie sein wird, kann nicht vorausgesagt werden. Jedenfalls aber wird sie und somit auch die etwaige Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft nur ein verhältnissmässig vorübergehender Zustand, die Geistesstörung demgegenüber der dauernde sein.

Ich gebe also mein Gutachten dahin ab:

Frau M. ist seit drei Jahren in dem Grade geisteskrank, dass die geistige Gemeinschaft zwischen ihr und ihrem Manne als aufgehoben anzusehen ist. Jede wissenschaftlich begründete Aussicht auf dauernde Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ist ausgeschlossen.

Referate.

Allgemeines.

Mortalität und Morbidität der Aerzte.

Von Alfred Moeglich-Berlin.

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1900, No 22.)

In den, auf verschiedener Grundlage angestellten vergleichenden Statistiken erweist sich die durchschnittliche Lebensdauer der Aerzte durchweg als erheblich geringer als diejenige anderer Berufe der „besser situirten“ Volksschichten; unter den Todesursachen spielen Infektionskrankheiten — Tuberkulose und die übrigen Krankheiten der Athmungsorgane — und „Gehirnschlagfluss“ eine Hauptrolle.

Das ungünstige Ergebniss der Escherich'schen Statistik, dass drei Viertel aller Aerzte schon vor dem 50., zehn Elftel vor dem 60. Lebensjahre erliegen, wird durch andere Zusammenstellungen nur wenig verbessert.

Den gesundheitzerrüttenden Faktoren des Berufslebens wenigstens einigermassen zu steuern, erscheint die doppelt peinliche Befolgung der dem Publikum gegebenen hygienischen Lebensregeln von Seiten der Aerzte selbst, geeignet.

Seelhorst.

Chirurgie.

Ueber Trauma und Gelenktuberkulose.

Von Honsell-Tübingen.

(Beiträge zur klinischen Chirurgie XXVIII, Heft 3.)

Weiter als alle klinische Kasuistik würde uns in der Frage über die ursächliche Beziehung des Traumas zur Gelenktuberkulose unzweifelhaft die experimentelle Forschung bringen, vorausgesetzt, dass sie positive Ergebnisse zeitigte. Die überaus verdienstvolle Arbeit von Honsell lehrt uns, mit wie grosser Skepsis dieser Kausalnexus im Einzelfalle zu erwägen ist. Schüller und Krause haben (1880 bezw. 1891) zuerst, leider in einer den heutigen Anforderungen bakteriologischer Forschung nicht mehr genügender Weise diese Frage experimentell studirt. Lannelongue's und Achard's Mittheilungen (1899) befriedigten den kritischen Geist nicht, weil sie zu summarisch waren. Gründlicher, aber bezüglich des ursächlichen Zusammenhanges fast ablehnend waren die experimentellen Resultate von Fridrich (1899). Honsell kommt an einer schönen Beobachtungsreihe fast zu demselben Ergebniss.

Er injizirte intravenös:

I. 12 Kaninchen mit hochvirulenten Tuberkelbazillen in grosser Menge (1 ccm) und setzte Gelenkverletzung sofort und nach 8 Tagen. Danach erlagen sämmtliche Thiere in der 4. und 5. Woche an allgemeiner Tuberkulose. Knochen oder Gelenke erwiesen sich ohne makroskopisch erkennbare Tuberkulose.

II. 18 Kaninchen mit hochvirulenten Tuberkelbazillen in geringer Menge (0,1 ccm). Hier setzte er Traumen sofort, nach 14 Tagen und nach 4 Monaten. 5 Thiere starben ohne Tuberkulose in den ersten 2 Monaten, 3 weitere nach etwa 6 Monaten, diese mit tuberkulösen Heerden in den Lungen, Bronchialdrüsen und Nieren. Die übrigen zeigten 8 Monate nach der Infektion, 4 Monate nach dem letzten Trauma weder allgemeine, noch Lokaltuberkulose.

III. 15 Kaninchen mit grosser Menge schwachvirulenter Kulturen. Traumen sofort, nach 2 und nach 4 Wochen. 10 Thiere starben innerhalb der ersten 3 Monate theils mit, theils ohne tuberkulöse Lungenheerde, aber ohne Gelenk- und Knochenveränderungen. Nur bei 5 Thieren, welche

zwischen 3. und 5. Monat zu Grunde gingen, fanden sich tuberkulöse Gelenkerkrankungen. Aber nb.! die traumatisch lädirten Gelenke waren verhältnissmässig weniger dabei betheiligt als die entsprechenden, nicht lädirten (13 % : 23 %).

Trotz dieses Resultats hat auch Honsell aus seinem klinischen Material den Eindruck gewonnen, dass das Trauma die Tuberkulose der Gelenke aus dem klinisch latenten in den manifesten Zustand gelegentlich überführt. Unter 1729 Fällen von Knochen- und Gelenktuberkulose der chirurgischen Klinik in Tübingen waren 242 = 14 % „wahrscheinlich traumatisch"; 88 mal gingen die Folgen des Traumas ohne jede bemerkenswerthe Grenze in die Tuberkulose über, 100 mal bestand zwischen beiden eine Periode anscheinender Besserung, 54 mal ein kurzes freies Interwall.

Die Tuberkulose entwickelte sich häufiger nach Traumen von geringerer Intensität als nach schweren Verletzungen wie Frakturen und Luxationen. Er hat demgemäss bei den Versuchsthieren sich auch mehr auf Distorsionen der Gelenke und Quetschungen beschränkt.

Die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Gelenktuberkulose und Trauma bleibt also weiter eine offene. Einzelkasuistik hat wenig Werth; nur grosse Experimentalreihen und sorgfältige Beobachtungen an grossem klinischen Material können zur Lösung der Frage führen. Insbesondere sollte man auf den Phthisiker-Abtheilungen der Lokaltuberkulose und ihrer Aetiologie noch mehr Beachtung schenken, und an einem grossen Material einmal zeigen, wie oft bei tuberkulösen Arbeitern, die doch nicht selten Extremitätenverletzungen leichterer Art im Stadium des schweren Siechthums erleiden, Gelenktuberkulose sich im Laufe der Jahre entwickelt. P. Stolper-Breslau.

Schädelstreifschuss mit isolirten Basisfrakturen.

Von R. Stierlin.

(Deutsche Ztschr. f. Chirurgie, Bd. 55, H. 3 u. 4.)

Stierlin geht von einem Schädelstreifschuss aus, den er bei einem 34jährigen Manne beobachtet hat, welcher sich mit einem Vetterligewehr hatte erschiessen wollen. Die Kugel hatte nur die rechte Ohrmuschel durchbohrt und dann den Schädel gestreift. Der Patient war 19 Stunden nach der Verletzung in das Krankenhaus eingeliefert worden. Es fand sich damals ein haselnussgrosses Stück Hirnbrei an der linken Halsseite hängend, die Augenlider waren stark geschwollen und sugillirt. Bulbi und Pupillen zeigten keine Besonderheiten. Das Sensorium war etwas benommen, während des Entkleidens wurde der Kranke unruhig und stiess sinnlose Rufe aus. Ausser dem Defekt an der Ohrmuschel befand sich hinter dem rechten Ohre eine etwa 10 cm lange und 3 cm klaffende Weichtheilwunde, deren Grund von Coagula untermischt mit Gehirnsubstanz bedeckt war. Der Puls war klein, regelmässig und betrug 104.

Nach Freilegung des Schädels sah man in diesem eine 4 cm lange, 1,5 cm breite Rinne mit einigen losen Knochensplittern. Nachdem diese entfernt waren, zeigte sich eine erhebliche Zerreissung der Dura und ein ziemlich grosser Kontusionsherd des Gehirns mit Knochengrus. Nach vorsichtiger Ausspülung dieser Höhle wurde ein Jodoformgazestreif eingeführt.

Vom vierten Tage ab verschlechterte sich der Zustand schnell, bis am siebenten Tage der Tod eintrat.

Bei der Sektion fand sich ein im Ganzen auffallend dünner und leichter Schädel. Der Hautwunde entsprechend fand sich ein 4 : 1,5 cm breiter Knochendefekt, da wo oberhalb des Warzenfortsatzes Scheitelbein und Schläfenschuppe zusammenstossen. Von diesem Defekt aus verliefen drei grosse Knochenfissuren nach vorn, oben und nach hinten. Der hintere Theil des rechten Schläfenlappens war in grosser Ausdehnung in einen mit Knochenpartikeln untermischten Brei verwandelt. An der Unterfläche des rechten Stirnlappens, da wo derselbe auf dem Orbitaldach ruht, fand sich an der Stirnrinde ein rundlicher flacher Kontusionsherd, der linke Stirnlappen war intakt.

Nach Ablösen der Dura mater von der Schädelbasis sah man, dass vom unteren Rande der Schussrinne auch noch basalwärts einige Fissuren zogen und dass an beiden Orbitaldächern in sich geschlossene Frakturlinien bestanden, wodurch stumpf vierkantige Stücke herausgesprengt waren, die aber ihre Lage beibehalten hatten.

Verf. verweist auf v. Bergmann's Beobachtungen im russisch-türkischen Kriege, wo dieser an 6 Schädeln isolirte Basalfrakturen nachgewiesen hatte, die auch alle an den Orbitalplatten sassen, ohne jedoch ein Stück in toto herausgebrochen zu haben.

Im Ganzen sind 22 mal isolirte Basalfrakturen bei Schädelschüssen beobachtet, so dass man die isolirte Basalfraktur als eine typische Verletzung ansehen muss. Stabel.

Ueber indirekten Kehlkopfbruch.

Von Dr. P. Wichmann, Assistenzarzt des Krankenhauses.
(Aus der pathologisch-anatomischen Anstalt des städtischen Krankenhauses im Friedrichshain. Prosector: Prof. Dr. Hansemann.)

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1900, Heft 4.)

Der Fall, von welchem aus der Verfasser die indirekten Kehlkopfbrüche einer Betrachtung unterwirft, betrifft einen Bahnarbeiter, welcher, in gebückter Stellung die Zusammenkoppelung zweier Waggons besorgend, zwischen die Koppelhaken gerieth. Er wurde zwischen oberem Theil des Brustbeins und linkem Schulterblatt festgeklemmt und eine Strecke weit in dieser Stellung mitgeführt. Er verstarb, nachdem er mit Unterstützung noch ein paar Schritte gegangen war, unter grosser Athemnoth mit blauem, gedunsenem Gesicht, ohne vorher haben sprechen oder trinken zu können.

Das Brustbein wurde durch den einen, am Jugulum ansetzenden Kuppelungshaken stark nach abwärts gedrückt, der Kopf wurde bei dem Versuche, der Einklemmung auszuweichen, energisch zurückgeworfen; dadurch kam eine derartige Spannung der vorderen Halsgegend zu Stande, dass nicht nur die vorderen Halsmuskeln mehrfach einrissen, sondern auch der Ringknorpel beiderseits brach, durch Zerreissen der Bänder oberhalb und unterhalb desselben eine Verschiebung und Verdrehung des mittleren Bruchstücks und ein Einreissen und Loslösen eines Theils der Kehlkopfschleimhaut erfolgte.

Die Platte des Ringknorpels stemmt sich bei derartiger Ueberanstrengung gegen die Halswirbelsäule an, der Ringknorpel zerbricht an seiner schwächsten Stelle, dem vorderen Bogen in doppelter, beiderseitiger Bruchlinie. Man kann derartige Brüche geradezu als typisch für die durch Ueberstreckung erfolgte Ueberdehnung des Kehlkopfs und der oberen Trachealgegend ansehen, wie Verf. an mehreren Literaturfällen nachweist, bei denen es sich um kopfüber erfolgten Fall auf das Gesicht und den Vorderkopf handelte.

Ein indirekter Bruch des Kehlkopfs durch Ueberdehnung kommt auch zustande beim Erhängen und zwar bei Lage des Stranges oberhalb des Schildknorpels, indem dieser ähnlich wie bei dem obenerwähnten Mechanismus so stark gegen die Wirbelsäule gezerrt wird, dass er zerbricht, bei Lage des Stranges zwischen Schild- und Ringknorpel, indem letzterer bis über die Grenze seiner Elastizität abgeflacht wird; ein gleiches Resultat haben andere, in ähnlicher Weise wie die Strangwirkung den Hals zusammendrückende Verletzungen

(so hatte einer der Patienten sich in selbstmörderischer Absicht mit dem Halse auf die Eisenbahnschiene gelegt).

Ist abnorme Brüchigkeit der Knorpel vorhanden, so kann eine Fraktur derselben sogar beim Durchschneiden des Vorderhalses, wenn dabei in Folge Stumpfheit des Instrumentes und grosser Gewalteinwirkung eine starke Zerrung ausgeübt wird, erfolgen.

Einreissungen der Bänder und verschiedenartige Brüche der dünneren Vorsprünge des Kehlkopfes sowie des Zungenbeins kompliziren die meisten Kehlkopfbrüche, neben den anderen groben Verletzungen anderer Körpertheile, besonders der Halswirbelsäule, Schädelbasis, des Sternums u. s. w.

Seelhorst.

Einheilung einer Bohne in die Luftwege. Tracheotomie. Ausstossung durch die Wunde. Heilung.

Von Bruce Hamilton.

Ein 12jähriger Knabe hat beim Spielen eine Bohne durch unglücklichen Zufall in den Mund bekommen und aspirirt. Trotz heftiger Hustenanfälle wurde die Bohne nicht herausgehustet, sondern nur Schleim, der mit Blut vermengt war. Der Knabe war sehr unruhig und erregt. Die rechte Lunge blieb bei der Athmung ganz unbetheiligt, die Athmung der linken Lunge war ungestört. Die Herzthätigkeit war unregelmässig, der Spitzenstoss lag einen Zoll ausserhalb der Brustwarzenlinie und man hörte ein lautes systolisches Geräusch. Bei der laryngoskopischen Untersuchung erschien die Schleimhaut der Luftröhre geschwollen und dunkelroth gefärbt. Die Bifurcation wurde nicht gesehen. Der Kehlkopf schien normal. Die Stimme war schwach, aber klingend. Es wurde ein Brechmittel ohne Erfolg gegeben. Die Symptome verschlimmerten sich wesentlich am folgenden Tag. Es trat heftige Athemnoth ein und tiefe Blausucht (Cyanose). Der Knabe wurde bewusstlos und schien zu sterben. Es wurde sofort ein Einschnitt in die Trachia gemacht. Danach stellte sich die Athmung wieder her; und während der Operation wurde die Bohne mit grosser Kraft aus der Luftröhre herausgestossen. Die Heilung der Wunde und die Genesung waren ungestört.

Der Autor glaubt, dass in solchen Fällen die sofortige Tracheotomie die nothwendige Behandlung ist; damit wird die Möglickeit, dass der Fremdkörper in den Kehlkopf gelangt, und so eventuell sofortigen Tod bewirkt, beseitigt. Wodurch in dem vorliegenden Falle die bedrohlichen Erscheinungen zu Stande kamen, ist nicht ganz klar, vielleicht durch Krampf der Glottis auf reflektorischem Wege nach Reiz der peripheren Nervenendigungen der Luftröhre. Wahrscheinlich war auch der Fremdkörper, nach Weichwerden der Bohnenschale, aufgequollen und dadurch wesentlich grösser geworden.

Franz Meyer-Berlin.

Fremdkörper im Hodensack.

Vortrag im Militär-Hospital zu Kiew.
Von Dr. Ssusslow.
(Wratsch 1900, No. 37.)

Der betreffende Patient klagte bei der Aufnahme in das Hospital über Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Hodens. Status: Rechte Hälfte des Hodensacks etwas grösser als die linke; in der Hodensackhöhle befindet sich eine geringe Flüssigkeitsmenge. Der rechte Hode ist etwas grösser als der linke, der rechte Nebenhode gleichfalls etwas vergrössert und derb. Schmerzhaftigkeit gering. Der äusseren Oberfläche des rechten Hodens entlang ist ein derbes Gewebe zu fühlen, in dem einzelne Knoten zu fühlen sind. In diesen Knoten fühlt man Fremdkörper, die bei der Betastung ein Geräusch erzeugen. wie bei Reibung von Metallkörpern aneinander. Ihrer Form nach konnten die Fremdkörper als Nadeln bezw. Nägel gedeutet werden. Die Untersuchung mittels Röntgenstrahlen ergiebt fünf derartige Fremdkörper, die sich thatsächlich als Bruchstücke von Nadeln erweisen. Auf welche Weise die Nadeln in den Hodensack gelangt sind, konnte man von dem verstockten Kranken nicht herausbekommen. Es blieb also unaufgeklärt, ob es sich um eine eigenartige zufällige Verletzung oder um eine böswillige Selbstbeschädigung gehandelt hat.

Lb.

Ein Fall von abundanter Blutung aus dem Nabel eines Erwachsenen.

von Dr. Guttmann-Otterndorf.
Die ärztliche Praxis 1900 No. 18.

Bei einem korpulenten, etwas alkoholgewöhnten, mit einem kleinen Nabelbruch behafteten Manne trat beim Pressen während der Verrichtung eines Bedürfnisses eine starke Blutung aus einem unterhalb und rechts vom Nabel liegenden Venenpacket ein, welches vermutlich durch Verschmelzung und Schwund seiner Zwischenwände, sich zu einer faustgrossen cavernösen Geschwulst entwickelt hatte. Abklemmung und Unterbindung brachten die Blutung sofort zum Stehen. Die operative Entfernung der Geschwulst gab dem Patienten die Genesung wieder. Verfasser zieht zur Erklärung der Entstehung der venösen Geschwulst Stauung im Pfortaderkreislauf infolge vielleicht vorhandener Lebercyrrhose heran.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Bericht über die im Sommer 1900 beobachtete Blatternepidemie.

Von Dr. Martin Kaufmann-Frankfurt a. M.
(M. M. W. 1900, No. 50.)

Die kleine Pockenepidemie, welche im Laufe dieses Sommers Frankfurt a. M. heimsuchte, ist nach ihrer Entstehung und ihrem Verlauf recht bemerkenswerth. Es ist erfreulich, dass, Dank den energischen Nachforschungen des zuständigen Medizinalbeamten und Dank der Unterbringung sämmtlicher Kranken in einem und demselben Krankenhause eine nahezu lückenlose Feststellung aller auf die ganze Epidemie bezüglicher Thatsachen möglich geworden ist. Mit Recht hat Kaufmann die Ergebnisse dieser Feststellungen dem allgemeinen ärztlichen Publikum zugänglich gemacht.

Was die Entstehung der Epidemie anlangt, so steht dieselbe augenscheinlich im Zusammenhang mit einer Anfang Mai stattgefundenen Versammlung streikender Schreiner. Zwei Theilnehmer an dieser Versammlung erkrankten 10—14 Tage später an den Pocken. Vorher war in Frankfurt durchaus kein derartiger Fall beobachtet worden. Da an der Versammlung auch auswärtige Arbeiter Theil genommen hatten, so sind wahrscheinlich solche die Krankheitsüberträger gewesen. An die beiden ersten Angesteckten, A. und B., knüpfen nun die weiteren Arkrankungen in folgender Weise an: Je ein Kind von A. und B. erkrankten, während die Familie unter Quarantäne stand, in typischer Weise. Der Schwiegersohn von A., C., hatte verdächtige Flecken auf der Haut, ohne aber in typischer Weise Pocken zu bekommen. In dem Hause, wo C. wohnte, erkrankte später eine ältere Frau. Damit ist diese erste Gruppe abgeschlossen.

Eine zweite Reihe von Erkrankungen knüpft an einen Landstreicher D. an, der vor etwa einer Woche von auswärts zugereist war, kurze Zeit im Untersuchungs-Gefängniss zugebracht hatte und mit leichten Blattern ins Krankenhaus kam. Von ihm steckten sich neun Insassen des Untersuchungs-Gefängnisses an. Von dort aus wurde durch transportirte

Gefangene, die aber selbst nicht erkrankten, augenscheinlich Infektionsmaterial in die Strafanstalt Preungsheim eingeschleppt, wo zwei Sträflinge erkrankten.

Ein Landwirth E., der mit A., B. und D. in keinem auch nur entfernten Zusammenhange stand, erkrankte scheinbar ohne jede vorher gegangene Gelegenheit zur Ansteckung, später aber verlautete, dass in einer Scheune von ihm polnische Arbeiter, darunter ein Pockenkranker, genächtigt hatten.

Etwa fünf Wochen nach Beginn der Epidemie kamen noch sieben vereinzelte Fälle in der Stadt vor, die ohne nachweislichen Zusammenhang mit den vorgenannten Personen waren. Trotzdem es danach scheinen musste, als sei die Seuche bereits in unkontrolirbarer Weise verbreitet, kamen weitere Erkrankungsfälle nicht vor.

Die Massnahmen gegen ein weiteres Umsichgreifen der Pocken bestanden in Isolirung der Kranken in einer Baracke des städtischen Krankenhauses unter peinlichster Befolgung aller nothwendigen Vorsichtsmassregeln, und in einer 14- bis 16tägigen Quarantäne, der sich die ausserhalb des Krankenhauses mit Blatternkranken in Berührung gekommenen Personen unterwerfen mussten. Sämmtliche Insassen und Angestellte des Krankenhauses wurden geimpft, Keiner von Allen erkrankte.

Sehr wichtig ist das Verhältniss der Erkrankung zur letzten vorhergegangenen Impfung der betr. Personen. Innerhalb von sechs Jahren nach der letzten Impfung erkrankte nur ein einziger, früher „erfolglos“ wiedergeimpfter Mann; auf die ersten zwanzig Jahre nach der letzten Impfung kamen sechs Erkrankungen, aber nur leichte. Am schwersten verliefen durchschnittlich die Erkrankungsfälle, die bei seit länger als 50 Jahren nicht mehr Geimpften auftraten. Zwei Kranke waren ungeimpft, 7 mal, darunter bei zwei Erstimpflingen, fand die Impfung statt, nachdem schon das echte Pockengift in den Körper eingedrungen war; 4 davon bekamen Impfpocken und echte Pocken gleichzeitig.

Klinisch bot die Epidemie Gelegenheit zu manchen bemerkenswerthen Beobachtungen. Eine kleine Zahl der Fälle verlief schwer, darunter war einer, der der Variola confluens nahestand. Zahlreich waren die Erkrankungen, welche zwar ohne ausgedehnte Eiterung oder Eiterfieber, aber mit ausgebreiteter Bläschenbildung umhergingen. Einige Male aber beschränkte sich die ganze Betheiligung der Haut auf drei bis fünf Bläschen, bei deren Ausbruch die vorher recht unangenehmen Allgemeinerscheinungen schon wieder verschwunden waren. Solche Fälle muss man innerhalb einer Epidemie wohl unbedingt zu den Pocken rechnen; nicht mitgezählt wurden dagegen drei Personen, die zwar mit Blatternkranken in Berührung gekommen waren und auch nach Ablauf von 13 Tagen mit ernsten Allgemeinerscheinungen erkrankten, aber doch nach zwei Tagen völlig gesund waren und auf der Haut durchaus nichts Krankhaftes hatten.

Der Fieberverlauf konnte gewöhnlich nicht von Anfang an beobachtet werden, da die Kranken erst nach dem Auftreten der ersten Bläschen ins Krankenhaus kamen. Ein typisches Eiterfieber stellte sich nur ausnahmsweise ein, unregelmässige Temperatursteigerungen mittleren Grades traten bei einigen heruntergekommenen Patienten ein; die übrigen blieben fieberlos. In einem bemerkenswerthen Falle bestand neben dem allgemeinen Bläschenausschlag ein Gürtel von unzähligen kleinen Papeln mit Blutpünktchen auf der Spitze, also ein Ausschlag, wie man ihn gelegentlich im Vorläuferstadium findet. Die Milz war nie sehr stark vergrössert. Delirien traten schon bei verhältnissmässig niedriger Temperatur oft auf.

An Nachkrankheiten wurde Furunkulose und Ekzem beobachtet.

Die Behauptung französischer Autoren, dass die Pocken vom Anfangs- bis ins Eiterungsstadium hinein mit starker Vermehrung der weissen Körperchen im Blute, besonders der einkernigen, ungekörnten einhergehen, konnte nicht bestätigt werden.

Einige bemerkenswerthe Fälle von Pockenübertragung.

Von Sanitäts-Rath Dr. Freyer, Kreisphysikus in Stettin.
(Zeitschrift f. Med.-Beamte. 1900. No. 24.)

Verfasser berichtet über einige Pockenfälle, die als Ausgangspunkt die Erkrankung einer polnischen Arbeiterin hatten und an denen bemerkenswerth ist, dass, soweit die sorgfältigen Ermittelungen einen Schluss erlaubten, die Weiterverbreitung theils durch gesundgebliebene Mittelspersonen, theils angeblich durch den blossen Aufenthalt in Räumen, in denen möglicherweise Infektions-Material vorhanden war, erfolgt war. Verfasser bemerkt zum Schluss, dass seiner Wahrnehmung nach die polnischen Arbeiter, welche die Pocken gelegentlich einschleppen, regelmässig etwa 14 Tage nach ihrer Ankunft in Deutschland zu erkranken pflegen. Um zu verhüten, dass die Erkrankungen anfangs übersehen werden, empfiehlt er eine behördlich festgesetzte Kontrole aller ausländischen Arbeiter während der dritten Woche ihrer Anwesenheit.

Zur Frage der Identität des Pemphigus neonatorum und des Impetigo contagiosa.

Aus Hofrath Prof. Neumann's k. k. Universitätsklinik in Wien.
Von Ass. Dr. Rudolf Matzenauer.
(Wiener klinische Wochenschrift No. 47, 1900.)

Es ist bereits des Oefteren auf die nahen Beziehungen, die zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa bestehen, hingewiesen und die grosse Aehnlichkeit der klinischen Bilder, sowie der Verlaufsweise beider Erkrankungen hervorgehoben worden. Die Ansichten darüber, ob nicht beide Affektionen identisch mit einander sind, waren noch getheilt. Verf. hat deshalb die Frage auf's Neue einer Untersuchung unterzogen und kommt dabei zu folgendem Ergebniss: Es ist vom klinischen Standpunkte aus betrachtet unmöglich, eine bestimmte Grenze zwischen Pemphigus neonatorum und Impetigo contagiosa zu ziehen; die klinischen Erfahrungen lehren vielmehr, dass der Pemphigus neonatorum, wenn er ausnahmsweise auf Erwachsene übertragen wird, bei diesen in Form der Impetigo contagiosa auftritt, und umgekehrt, dass die letztere, wenn sie von der Mutter auf das neugeborene Kind übertragen wird, bei diesem in Form der Pemphigus neonatorum erscheint. Auch der histologische Befund ist bei beiden Krankheiten der absolut gleiche, bei beiden sind ferner ganz analoge Kokken als ursächliche Erreger gefunden worden, welche sich von einander nicht unterscheiden lassen und deren Reinkultur bei beiden dasselbe Impf-Ergebniss zeitigt. Aus diesen Gründen ist die Annahme berechtigt, dass die in Rede stehenden Affektionen dem Wesen nach ein und dieselbe Erkrankung darstellen und nicht als gesonderte Krankheitsbilder zu betrachten sind. —y.

Ein Beitrag zur Kenntnis der Haemophilie.

Von Zahnarzt Dr. Fritz Neumann.
(Prager medizinische Wochenschrift No. 38, 1900).

In allen Lehr- und Handbüchern wird der allgemein giltige Satz aufgestellt, dass die Haemophilie eine hereditäre Krankheit sei, die vorwiegend bei Männern vorkomme und fast ausschliesslich durch Frauen übertragen werde, ohne dass diese selbst von der Erkrankung befallen werden. Es sind aber auch

Ausnahmen von dieser Regel beobachtet worden, Fälle, wo nur Mädchen bluteten und die Knaben ganz frei blieben, oder beide nebeneinander Bluter waren. Eine Familie letzterer Art lernte Verf. gelegentlich einer Zahnextraktion kennen, nach welcher der Kranke 33 Stunden lang blutete, überaus grosse Blutmengen verlor und beinahe an Verblutung zu Grunde gegangen wäre. In der Familie dieses Kranken liess sich Haemophilie bis auf den Urgrossvater mütterlicherseits zurückführen, der an den Folgen einer Blutung nach Zahnextraktion im 42. Lebensjahre verstorben war. Aus seiner Ehe mit einer gesunden Frau stammten 2 Söhne und 3 Töchter. Ein Sohn starb in noch jugendlichem Alter an einer Stirnblutung, der andere im Alter von 40 Jahren an einer spontan aufgetretenen Nierenblutung. Während die älteste Tochter, wie ihre 2 Kinder gesund war, wäre die zweite Tochter, als sie sich einen Zahn ziehen liess, fast verblutet und die dritte Tochter litt an ungemein starken Menorrhagien, häufig schwer stillbarem Nasenbluten und wiederholten Attaquen von sehr schmerzhaften Gelenkschwellungen. Unter den 6 Kindern dieser letzterwähnten Frau trat die Bluterkrankheit folgendermassen auf: Das älteste Kind leidet an starken Menstrualblutungen und häufigen Gelenkschwellungen, die vorwiegend Knie- und Armgelenke befallen und mit heftigen Schmerzen einhergehen. Das zweite Kind, ein Sohn, blutet sehr stark aus der Nase, das dritte (Tochter) ist ebenfalls mit Haemophilie belastet. Das vierte und das fünfte Kind, ein Sohn und eine Tochter, sind bisher ganz gesund gewesen, das sechste Kind ist der in Rede stehende Kranke, bei dessen Behandlung Verf. die Familie kennen lernte. Man sieht an dem Falle wieder einmal, wie vorsichtig insbesondere die Zahnärzte bei der Anamnese sein sollen; trotz der in der Familie des Kranken schon mehrfach vorgekommenen Todesfälle an Verblutung, berichtete der Kranke aus freien Stücken nichts über seine haemophile Constitution. —y.

Neurologie.

Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma.

Von Dr. Köppen-Berlin.
(Archiv f. Psychiatrie, Band 33, Heft 2.)

Die Nervenstörungen nach Kopfverletzungen heben sich aus der Masse der traumatischen Neurosen durch eine Anzahl besonderer Kennzeichen recht scharf ab, so dass der Gedanke nahe liegt, sie als eigenes Krankheitsbild, vielleicht sogar als den Ausdruck eines organischen Gehirnleidens, möge es nun in feinen diffusen Veränderungen oder in kleinen Narben bestehen, aufzufassen. Diese Kranken leiden an leichter Ermüdbarkeit, Verlangsamung des Denkvermögens, Unfähigkeit, Eindrücke festzuhalten, Reizbarkeit und allerlei Beschwerden, unter denen Kopfschmerz und Schwindel die Hauptrolle spielen.

Diese Störungen können den Ausgangspunkt mannigfaltiger Geisteskrankheiten bilden. Auch Blödsinnszustände können danach entstehen. Die Erforschung der letzteren, mit besonderer Berücksichtigung des paralytischen Blödsinns führte den Verfasser zum genaueren Studium der anatomischen Grundlagen des traumatischen Blödsinns. Seine Untersuchungen betrafen acht Fälle, die in der Irrenklinik der Charitee zur Sektion kamen.

Die Verletzung bestand entweder in einer unmittelbaren Gewalteinwirkung auf den Schädel, oder in einem Sturz auf die Füsse, die Knie oder das Gesäss. Es zeigte sich, dass hierbei ohne Knochenverletzung sehr häufig kleine Verletzungen an der Unterseite der Stirnlappen, an der Spitze der Schläfenlappen oder auch am Hinterhautslappen zu Stande kommen. Die Zertrümmerung kennzeichnet sich durch blutige Durchtränkung des Gewebes, an die sich dann eine örtliche Entzündung anschliesst. An diesen Stellen entwickeln sich allmählich Narben, mit oder ohne Einziehungen, welche entweder durch Blutfarbstoff gefärbt bleiben, ja sogar anscheinend gut erhaltene Blutkörperchen umschliessen, oder aber auch durch Aufsaugung des ausgetretenen Blutes völlig umgefärbt sein können. Solche Narben beweisen zwar nicht immer einen vorausgegangenen Unfall — denn auch sonst kann eine Gehirnentzündung zu dieser Narbenbildung führen: wenn aber die Narben winzig klein sind, zahlreiche Blutreste enthalten, wenn sie nur am Hirngrunde vorgefunden werden, besonders aber wenn sie sich auf die äussere Rindenschicht beschränken, kann man sie getrost auf Unfälle beziehen. Gefässveränderungen, wie sie von anderer Seite als nachträgliche Folgen von Gehirnerschütterungen gebildet worden sind, kommen auch bei allgemeinen Gefässverkalkungen vor und sind umgekehrt nach Hirnerschütterung nicht regelmässig vorhanden.

Klinischerseits ist zu betonen, dass schwere Gehirnstörungen oft lange Zeit nach Unfällen vorkommen, bei denen anatomisch nur kleine Narben im Gehirn zurückgeblieben sind. Ganz plötzlich kann lange nach dem Unfall in solchen Fällen erst Bewusstlosigkeit mit Muskelzuckungen, dann der Tod eintreten. Weder die Erscheinungen plötzlicher Hirnreizung, noch diejenigen allgemeiner seelischer Entartung haben zur Voraussetzung, dass unmittelbar nach der Verletzung eine erhebliche Störung des Wohlbefindens bemerkbar war.

Was den Blödsinn nach Kopfverletzungen betrifft, so findet sich auch zu seiner Erklärung oft kein anderer Befund, als Narben in der Hirnrinde. Dieser Blödsinn gleicht nicht dem einfachen paralytischen; er kann aber mit letzterem auf manchen Entwickelungsstufen leicht verwechselt werden.

Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen.

Von Dr. L. von Muralt-Burghölzli.
(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Band 57, Heft 4.)

Das Vorkommen katatonischer Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen ist zuerst von Lewinstein-Schlegel 1892 betont worden. Er stellte den Begriff der „traumatischen Commotions-Katatonieen“ auf, indem er es dabei offen liess, ob die Verletzung des Gehirns selbst, oder der seelische Schock die Krankheit auslöse, für deren Zustandekommen er anscheinend schwere erbliche Belastung für unerlässlich hält. Die Arbeit Muralts bezweckt eine genauere Erkenntniss des Auftretens und des Wesens des durch Kopfverletzungen ausgelösten Spannungsirreseins. Unter 1650 Kranken fand er sieben einschlägige Fälle. Sie sind unter sorgfältiger Berücksichtigung der Thatsache ausgewählt, dass viele andere Irreseinsformen nach Unfällen gleichfalls Erscheinungen zeitigen können, die an Spannungsirresein gemahnen. Verfasser will dass Irresein nach Unfall als Katatonie bezeichnet wissen, wenn in einem nach Erscheinung und Verlauf katatonischen Krankheitsbilde die besonderen Zeichen der traumatischen Neurosen fehlen.

Wir müssen darauf verzichten, die irrenärztlich interessanten Einzelheiten der verwertheten Beobachtungen wiederzugeben. Die Ergebnisse der Arbeit werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Unfall-Seelenstörungen, besonders die von Anderen sogenannten sekundären traumatischen Psychosen zeigen häufig katatonische Erscheinungen und Zustandsbilder.

2. Im Anschluss von Kopfverletzungen kommt auch reines Spannungs-Irrsein vor, das sich in Erscheinungen und Verlauf nicht von dem anderweitig entstandenen unterscheidet, und dem besonders die Kennzeichen der traumatischen Neurose fehlen.

3. Die Mehrzahl unserer Fälle weist darauf hin, dass besonders solche Leute an reinem traumatischen Spannungsirrsein erkranken, bei denen ohnehin Vorbedingungen zum Ausbruch einer derartigen Krankheit vorhanden waren.

4. Die Prognose der traumatischen Katatonie weicht sowohl bezüglich Heilung, wie Lebensdauer und Remission nicht von derjenigen der übrigen Katatonien ab.

5. Der Vergleich von Katatonie und traumatischem Irresein legt die Vermuthung nahe, dass die katatonischen Erscheinungen der Ausdruck einer mehr oder weniger verbreiteten, mit unseren Untersuchungsmitteln noch nicht feststellbaren Schädigung der Hirnsubstanz seien.

Saturnismus — Intercurrirender epileptischer Anfall.

Aus d. Kgl. Rudolf-Spitale in Wien.
Von Primarius Dr. Mader.
(Zeitschrift für Heilkunde. November 1900).

Die im Nachstehenden wiedergegebene Krankengeschichte dürfte für die Leser dieser Zeitschrift von besonderem Interesse sein: J. B., 46jähriger Tischler wurde eines Tages bewusstlos auf dem Abort aufgefunden und ins Spital übergeführt. Nach Rückkehr des Bewusstseins konnte der Kranke anfangs nur schwer sprechen, weil die Zunge stark entzündlich geschwellt, geröthet und sehr schmerzhaft war. Die Schwellung betraf nur den vordersten Theil, der oben und unten durch einen Kranz dichtstehender, graugelb belegter, offenbar den Zähnen entsprechender Substanzverluste, resp. Zahneindrücke von dem hinteren, ganz normalen Theil der Zunge abgegrenzt war. Diese Zungenaffektion war vor dem Anfall von Bewusstlosigkeit nicht vorhanden gewesen, konnte also nur von einem eklamptischen Anfall herrühren, bei dem die vorgestreckte Zunge von den krampfhaft arbeitenden Kiefern verletzt wurde. Das Fehlen von Albuminurie und ein schmutzig-gelbes Colorit lenkten, trotz angeblichen Fehlens jedes ursächlichen Momentes, den Verdacht auf Beivergiftung, resp. auf saturnine Epilepsie, wenn auch weder dem Kranken noch der Umgebung etwas von Krämpfen bekannt war. Das Auffinden eines deutlichen Bleisaumes bestätigte die Annahme. Erst allmählich ergänzten sich die anamnestischen Daten, welche jeden weiteren Zweifel behoben. Patient war schon vor einem Jahre ca. 7 Monate an schweren Extremitätenlähmungen, verbunden mit heftigen Schmerzen in denselben, neben Koliken, leidend gewesen. Auch Analgesien und Sehstörungen scheinen damals bestanden zu haben, ohne dass von epileptischen Anfällen oder psychischen Störungen etwas beobachtet worden wäre. Patient habe dann wieder ein halbes Jahr gearbeitet, wobei er nach seiner Meinung gar nichts mit bleihaltigen Gegenständen zu thun hatte. Erst seit etwa 7 Wochen war er wieder arbeitsunfähig, wegen Schwäche und Reissen in den Gliedern, Koliken und Herzklopfen. Von dem epileptischen Anfall war ihm nichts zum Bewusstsein gekommen, auch von besonderen Anlässen seelischer oder anderer Art ist ihm nichts erinnerlich. Doch fühlte er sich schon einige Zeit zwar ganz verwirrt, wie er es auch noch mehrere Tage nach dem Anfalle im Hospital war. Von sonstigen Anzeichen einer Bleivergiftung bestanden bei der Aufnahme eine mässige Schwäche der Arme, eine stärkere an den mittleren Fingerstreckern, Zittern der Hände und Kolikschmerzen Der erste Ventrikelton war verstärkt, der Puls gespannt, sonst überhaupt nichts Besonderes. Eine Eigenthümlichkeit zeigte sich darin, dass trotz ziemlich reicher Rückbildung der cerebralen Erscheinungen unter energischer Jodkali- und Bäderbehandlung die Armlähmung bedeutend zunahm, und zwar nur im Bereich der Oberarmheber. Nach ca. 2 Wochen konnten dieselben, besonders der rechte, nach keiner Seite mehr gehoben werden. Es trat starke Abmagerung, namentlich des rechten Deltoideus ein und Absinken der elektrischen Erregbarkeit; die Parese der Fingerstrecker nahm nicht zu. Es gelang nicht, die Quelle der chronischen Bleivergiftung aufzufinden. —y.

Gynäkologie.

Ein Fall von irrthümlicher Schwangerschaftsdiagnose.

Von Dr. W. Ablow.
(Wratsch 1900, No. 41.)

Fälle wie der nachstehende können bisweilen auch in gerichtlich-medizinischer Richtung Bedeutung erlangen. Verf. wurde eines Tages zu einer Frau angeblich wegen beginnenden Aborts gerufen. Er erfuhr, dass die Patientin sich für im fünften Monat schwanger hielt, dass sie wegen unbedeutender Blutungen, die sich seit Beginn der Schwangerschaft häufig eingestellt haben sollten, mehrere Aerzte konsultirt und auch 14 Tage in einer Privatklinik gelegen hat. In dieser letzteren wurde Schwangerschaft im Ausgange des vierten Monats bei regelmässiger Fruchtlage, jedoch bei anscheinend vollständig vorliegendem Mutterkuchen diagnostizirt. Bei der Entlassung wurde der Patientin der Rath ertheilt, zu der Geburt unbedingt einen Arzt zuzuziehen. — Ferner theilte die zum zweiten Male schwangere Frau mit, dass sie seit einigen Tagen Kindesbewegungen verspürte, die kurz vor der Ankunft des Verfassers aufgehört haben sollen. Die anwesende Hebamme theilte mit, dass sie noch heute früh Herztöne der Frucht deutlich wahrgenommen habe, die aber seit vier Stunden verschwunden sein sollen. — Status: Patientin sehr blutarm, schwach; Puls 120, fadenförmig; aus den Geschlechtstheilen bedeutende Blutung.

In der Annahme, dass thatsächlich ein beginnender Abort vorliegt, schritt nun Verfasser zur inneren Untersuchung. Dieselbe ergab: Gebärmutterhals für zwei Finger durchgängig; hinter dem inneren Muttermunde schien der Gebärmutterkuchen zu liegen. Mit dem zwischen dem Rande des Mutterkuchens und der linken Gebärmutterwand durchgeschobenen Finger fühlte Verfasser einen runden, harten Körper, an dem jedoch keine Fontanellen wahrzunehmen waren. Diesen Körper seitwärts zu schieben, gelang nicht. Durch sorgfältige Untersuchung überzeugte sich A., dass der Körper mit der hinteren Gebärmutterwand in Verbindung stehe und folglich nicht der Kopf sein könne. Verfasser führte nun die ganze Hand in die Gebärmutterhöhle ein und war nicht wenig überrascht, als er in derselben keine Frucht fand. Zu gleicher Zeit wurde ein Theil des Mutterkuchens durch eingetretene Gebärmutterkontraktionen ausgestossen. Derselbe erwies sich als ein Theil einer Blasenmole. Schliesslich stellte sich heraus, dass es sich um eine Blasenmole und eine Gebärmuttergeschwulst, wahrscheinlich Fibromyom (von einer eingehenderen Untersuchung der Geschwulst musste wegen des ungünstigen Allgemeinzustandes der Kranken Abstand genommen werden), gehandelt hat.

Der geschilderte Fall lehrt, wie wenig Bedeutung man bisweilen den Angaben der Schwangeren und deren Umgebung beimessen darf. Lb.

Hygiene.

Schlechtes Wasser als Ursache einer Malariaepidemie.

Vortrag in der Kaukasischen medizinischen Gesellschaft.
Von Dr. Chochlow.
(Wratsch 1900, No. 29.)

In Anbetracht der gegenwärtig im Vordergrunde des Interesses stehenden Malariaforschung dürfte die Mittheilung H.'s ganz besonderes Interesse für sich in Anspruch nehmen,

da sie beweist (? Red.) dass die Malariaplasmodien nicht nur durch Mückenstiche auf den Menschen übertragen werden, sondern auch mit dem Trinkwasser aufgenommen werden können. Von der Malariaepidemie, die der Mittheilung des Verf.'s zu Grunde liegt, wurde eine Abtheilung der Garnison der Stadt Georgiewsk im Kaukausus befallen, welche 20 km von Georgiewsk stationirt war. Die Abteilung bestand aus kräftig gebauten, vorzüglich genährten Soldaten. Bis zum Jahre 1899 hatte die Abtheilung gutes Quellwasser. Im Jahre 1899 wurde jedoch die Quelle von dem daneben fliessenden Fluss überschwemmt. Nun mussten die Mannschaften das Wasser aus dem Flusse holen, und seitdem erkrankten viele der Leute (28 von 45) an Malaria. Da sämmtliche klimatischen und sonstigen hygienischen Verhältnisse nach der Ueberschwemmung des Quellbrunnens dieselben waren wie zuvor, so nimmt Verf. an, dass das schlechte Trinkwasser die Ursache der Malariaepidemie war. Lb.

Ueber die Verbreitungsweise des Abdominaltyphus.

Von Prof. Drasche, Primararzt der Allgemeinen Krankenkasse in Wien.

(Wiener Medizinische Wochenschrift 1900 No. 46.)

Die seit Bekanntwerden der Typhus-Mikrobe erhobenen Befunde weisen mit unwiderleglicher Sicherheit auf die Verbreitung der Krankheit durch infizirtes Wasser hin. Wenig werthvoll ist dabei der Nachweis des Bakteriums im Wasser selbst, dem gegenüber sich Drasche sehr skeptisch verhält. Die genauen Erhebungen über das Auftreten und die Wanderung der Epidemie sind das Ausschlaggebende in der Beurtheilung. Stets hat man Verunreinigung des Trinkwassers durch Fehler in der Leitung, im Filter etc. nachgewiesen, oder es war statt des offiziellen Trinkwassers Brunnen- oder Nutzwasserleitung benutzt worden. Eis wird trotz bakteriologischerseits bestehender Verdächtigkeit nicht als gefährlich zu erachten sein. Bei den öfters nachgewiesenen Infektionen durch Milch- und Magermilchgenuss, notabene in ungekochtem Zustand, ist stets die Verunreinigung aus dem zum Spülen, Verdünnen etc. gewonnenen Wasser anzunehmen, neben welcher Uebertragung Seitens unsauberer Melker oder beschmutzten Bettstrohs einhergeht. Durch solche direkte Berührung mit mikrobenhaltigen Faekalmassen sind ausser Wasser und Milch auch andere Nahrungsmittel gelegentlich zum Träger der Infektionskeime geworden (Kartoffelsalat). Interessant ist für die Frage der Milchinfektion auch eine einzelne Beobachtung von Uebertragung der Krankheit von der Amme auf den Säugling. Genaue Quellenangaben lassen ersehen, aus welchem Material D. seine Anschauungen hergeleitet hat. Für den Sachverständigen ergiebt sich aus seinen Darlegungen die Wichtigkeit der Trinkwasserfrage und die für grössere Verhältnisse gefährliche Trennung einer besonderen, hygienisch unzulässigen Nutzwasserleitung, welche doch fast immer direkt oder indirekt mit zum Trinken benutzt wird. Ferner muss auch der Milchbetrieb nach dieser Hinsicht überwacht werden, besonders die grossen Sammelmolkereien. Zur Zeit von Typhusepidemien dürfte es angezeigt sein, Milch nur in gekochtem Zustand geniessen, und die Molkerei im Bedarfsfall sofort schliessen zu lassen, bis der Fall aufgeklärt wird. Immer ist zu bedenken, dass zur Uebertragung eine geringe Menge Flüssigkeit genügt, da in einem Tropfen Tausende virulenter Keime zur Entwicklung in grosser Verdünnung Anstoss geben können.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Bahnärztlicher Verein.

Officieller Bericht.

56. Ordentliche Sitzung, den 29. April 1899 abends 7 Uhr im Konferenzsaal des Anhalter Bahnhofs.

Vorsitzender: Brähmer, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches: a) Brähmer widmet dem verstorbenen Mitgliede Märker Worte des Nachrufs. — Zur Aufnahme gemeldet als ausserordentliches Mitglied hat sich Dr. Haike, Berlin Wilhelmstrasse 33, aufgenommen als ausserordentliches Mitglied ist Dr. Gustav Brühl, C. Alexanderstr. 50.

b) Brähmer macht Mittheilung von der Einladung zum Tuberkulose-Kongress. Die Versammlung überträgt die Wahl des offiziellen Delegirten dem Vorstande: dieser wählt hierzu den Vorsitzenden Brähmer. — Ferner giebt Brähmer Kenntniss von der Einladung zur Ausstellung für Krankenpflege und theilt mit, dass der Ausschuss des Verbandes Deutscher Bahnärzte am 23. Mai hier tagen wird.

c) Regierungs-Assessor Stapf, der jetzt das Decernat für die bahnärztlichen Angelegenheiten bei der Königl. Eisenbahn-Direktion Berlin verwaltet, spricht Worte der Begrüssung.

II. Diskussion über den Vortrag des Herrn Gnauck: Die Wandlungen in der Lehre von den Nervenerkrankungen nach Trauma: Gnauck giebt zunächst ein Resumé über seinen Vortrag. An der Diskussion betheiligen sich Silex, der einen Fall von Anaesthesia retinae nach Trauma, der mit Herabsetzung des Sehvermögens auf $^1/_3$ und Einengung des Gesichtsfeldes einhergeht, vorstellt. Ferner sprechen Brähmer Stapf, Schwechten, Pollnow und Gnauck.

III. Beschlussfassung über Anfragen der Königlichen Eisenbahn-Direktion, betreffend den Inhalt und die Revision der Rettungs-Kästen sowie die Dienstvorschrift über das Rettungswesen bei Verunglückungen auf Eisenbahnen. — Es wird beschlossen, die Rettungskästen in der von dem Medizinischen Waarenhaus vorgeführten Ausstattung zu empfehlen, aber statt der Gummibinden zur Herstellung der Blutleere Tricotschlauchbinden und zwar 2 zu je 5 Meter und 1 von 3 Meter Länge zu beschaffen. Die Dienstvorschriften sollen entsprechend geändert und mit einigen Abbildungen versehen werden.

IV. Ueber die Prüfung des Gesichtsfeldes der Bahn-Beamten. Vorstellung eines neuen Perimeters. Herr Silex. Der Vortragende führte aus, dass es mit Rücksicht darauf, dass bei normalem oder fast normalem centralen Sehvermögen nennenswerthe Einschränkungen des Gesichtsfeldes nur äusserst selten zur Beobachtung kämen, für die gewöhnlichen bahnärztlichen Sehprüfungen ausreiche, wenn das Gesichtsfeld mit dem Finger geprüft werde. Der Untersucher solle sich dem zu Untersuchenden in ungefähr 30 cm Entfernung gegenüberstellen, ein Auge schliessen lassen und selbst das korrespondirende Auge schliessen, dann den zu Untersuchenden auffordern, mit seinem offenen Auge des Arztes offenes Auge zu fixiren und dann in dem mittleren Abstande von 15 cm durch Bewegungen mit dem Finger die Gesichtsfeldgrenzen bestimmen. Hierbei gebe das eigene Gesichtsfeld (das natürlich als normal bekannt sein muss) einen genügenden Massstab, um erheblichere Unregelmässigkeiten festzustellen. — Bei Sehstörungen sei natürlich ein Perimeter nicht zu entbehren. — Die Königliche Eisenbahn-Direktion hatte Herrn Silex zur Begutachtung eines Celluloid-Perimeters von Ascher aufgefordert. Herr Silex war nicht in der Lage, dieses Perimeter empfehlen zu können, weil erstens zu befürchten ist, dass das Celluloid allmählich trübe wird und

zweitens der Durchmesser des Instruments zu kurz ist und in Folge dessen die Eintheilung zu eng ist. Es sind daher an diesem Perimeter besondere Vorzüge nicht zu erkennen, und es kann daher zur Anschaffung nicht empfohlen werden.

Nach Schluss der Sitzung fand noch ein gemüthliches Beisammensein der Mitglieder und ihrer Gäste in den Räumen des Aerztlichen Clubs statt.

57. Ordentliche Sitzung
Sonnabend, den 11. November 1899, abends 8 Uhr
im Spatenbräu, Friedrichstrasse 172.

Vorsitzender: Brähmer, später Jung.
Schriftführer: Pollnow.
Berliner 2

Brähmer eröffnet um $8^1/_2$ Uhr die Sitzung und begrüsst als Gäste die Herren Dr. Voigt-Erfurt, Ruschke-Erfurt und Oberstabsarzt a. D. Dr. Salzwedel-Berlin.

I. Ernennung eines Ehrenmitgliedes:

Der Vorstand beantragt die Ernennung des ausserordentlichen Mitgliedes Herrn Sanitätsrathes Dr. Plessner zum Ehrenmitgliede. Der Antrag wird angenommen.

II. Geschäftliches:

Es sind aufgenommen: als ordentliche Mitglieder die Herren Dr. Dr. Thomsen, Nieder-Schönweide, Lindhorst, Alt-Glienicke, Weishaupt, Berlin SW., Kreuzbergstr. 73, Germer, Berlin O., Stralauer Alle 25a; als ausserordentliche Mitglieder die Herren Dr. Dr. Haike, Berlin SW., Wilhelmstrasse 33, R. Isaac-Berlin O., Alexanderstrasse 22.

Jung begrüsst den inzwischen erschienenen Kollegen Plessner als Ehrenmitglied, worauf dieser dem Verein seinen Dank ausspricht.

III. Beschlussfassung über die Aenderungen der Satzungen des Verbandes Deutscher Bahnärzte (s. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung vom 15. Oktober 1899).

Die vorgeschlagenen Veränderungen werden paragraphenweise zur Diskussion gestellt und in der vorgeschlagenen Fassung angenommen.

IV. Bericht über den Tuberkulose-Kongress musste von der Tagesordnung abgesetzt werden, da Brähmer durch starke Heiserkeit verhindert war, das Referat zu geben.

V. Mittheilungen aus der Versammlung:

Friedländer regt an, darauf hinzuwirken, dass die Plakate von Kurpfuschern aus den Eisenbahnwagen entfernt werden. Es wird beschlossen, den Vorstand zu beauftragen, in geeigneter Weise an zuständiger Stelle diese Angelegenheit zu fördern.

VI. An Stelle des Kollegen Hesselbarth, der seine Thätigkeit bei der Eisenbahn-Verwaltung aufgegeben hat, wird Kollege Eberty zum Mitglied der Vertrauenskommission gewählt.

58. Ordentliche Sitzung
Freitag, den 23. Februar 1900, abends $7^1/_2$ Uhr
in Arnims Hôtel, Unter den Linden 44.

Vorsitzender: Brähmer.
Schriftführer: Pollnow.

Brähmer eröffnet um $7^3/_4$ Uhr die Sitzung.

I. Geschäftliches:

Es sind aufgenommen: als ordentliche Mitglieder die Herren Dr. Dr. Kammler, Nowawes-Neuendorf, Matzdorf, Bernau i. d. Mark, Semler, Berlin O., Friedensstrasse 78; als ausserordentliche Mitglieder die Herren Dr. Dr. Levy-Dorn, Berlin W., Mauerstrasse 68, Leichtentritt, Berlin W., Bülowstrasse 71, Placzeck, Berlin W., Kurfürstenstrasse 147, Oberstabsarzt a. D. Salzwedel, Berlin W., Victoriastrasse 19, Oberstabsarzt a. D. Schwarze, Berlin SW., Friedrichstrasse 220.

Jung überreicht an Brähmer, Brähmer an Plessner das Diplom als Ehrenmitglied. Beide Ehrenmitglieder sprechen dem Verein ihren Dank aus.

II. Kassenbericht.

Pollnow erstattet den Kassenbericht, der mit einer Einnahme von 614,33 Mk. und einer Ausgabe von 249,62 Mk. abschliesst, so dass ein Kassenbestand von 364,71 Mk. verbleibt. — Nach Prüfung der Kasse durch die Revisoren Ramm und Simon wird auf deren Bericht dem Kassenführer Entlastung ertheilt.

III. Neuwahl des Vorstandes.

Es werden durch Acclamation wiedergewählt die Vorsitzenden Brähmer und Jung sowie die Beisitzer Eberty, Hahn, Witte, durch Stimmzettel die Schriftführer Pollnow und Schwechten.

IV. Ueber das Signalwesen bei den preussischen Staatsbahnen: Herr Regierungs- und Baurath **Bathmann.**

Das Signalwesen auf den preussischen Staatseisenbahnen findet seine Grundlage in der Signalordnung für die Eisenbahnen Deutschlands vom 3. Juli 1892, eingeführt seit dem 1. Januar 1893.

Die hierzu von den Aufsichtsbehörden oder von den Eisenbahnverwaltungen erlassenen Ausführungsbestimmungen haben dem Reichseisenbahnamt vorgelegen.

Für die preussische Staatseisenbahnverwaltung gilt seit 1898 ein Signalbuch, enthaltend die Bestimmungen der Signalordnung und die z. Zeit giltigen Ausführungsbestimmungen.

Die Signale zerfallen in folgende Gruppen:

1. Signale mit elektrischen Läutewerken und Hornsignale (Abmelde-, Ruhe- und Gefahrsignal).
2. Handsignale der Wärter und Scheibensignale (Tag- und Nachtsignale). (Langsamfahr- und Haltsignale.)
3. Signale am Signalmast (Tag- und Nachtsignale, Rücklichter). (Ein- und mehrarmige Signale als Einfahr-, Ausfahr- und Zustimmungssignale, einarmige auch als Block- und Deckungssignale.)
4. Vorsignale (Tag und Nacht).
5. Signale am Wasserkrahn (Tag und Nacht).
6. Weichensignale (Begriff der Weichen, Erörterung der Fahrten; einfache, halbe und ganze Kreuzungsweichen).
7. Signale am Zuge (bei Tag nnd Nacht). (Spitze, Schluss des Zuges, Folgen von Sonderzügen, Entgegenkommen derselben, Untersuchung der Telegraphenleitung.)
8. Signale des Zugpersonals (mit Dampfpfeife: Achtung, Bremsen anziehen und loslassen; mit Mundpfeife: Zugpersonal soll seine Plätze einnehmen, Abfahrt).
9. Rangirsignale (mit Arm, Mundpfeife, Laterne: Vorziehen, Zurückdrücken, Halt).

Es folgte eine Erörterung bezüglich Deutung der Farben, eine Erwähnung, dass „Grün“ verschiedene Bedeutung haben könne, und Erklärung, welche Mittel für die richtige Erkennung der gegebenen Signale vorhanden sind.

Weiter folgte eine Erklärung der Blockanlagen, der Abhängigkeit zwischen den Blockstellen auf der Strecke und in Bahnhöfen.

Der Vortrag wurde unterstützt durch Skizzen an der Tafel und Vorzeigung von Signalscheiben, Signallaternen, Knallkapseln, Signalhörnern und Signalpfeifen. Diese Gegenstände waren von der rühmlichst bekannten Firma F. F. A. Schulze, hier, Fehrbelliner Strasse, für den Vortrag zur Verfügung gestellt.

Es wurde endlich die Ausbildung der im äusseren Betriebsdienst thätigen Beamten gestreift und betont, dass die-

selben nicht durch Automaten oder Maschinen zu ersetzen wären.

V. Ueber die Verwendung des Spiritus zu Nothverbänden: Herr Oberstabsarzt a. D. Dr. **Salzwedel.**

Der Vortrag musste wegen vorgerückter Zeit von der Tagesordnung abgesetzt werden.

Schluss der Sitzung 9½ Uhr.

Nach der Sitzung fand zur Feier des Stiftungsfestes ein gemeinsames Essen statt, welches die Mitglieder und ihre Gäste in gewohnter froher Stimmung noch lange vereinte.

Dr. Pollnow.

Rostocker Aerzteverein.

Sitzung vom 8. November 1900.

(M. M. W.)

Kobert: Ueber die sogenannten Giftprimeln.

Eine ganze Reihe von Krankheitsfällen, die von ärztlicher, selbst von spezialistischer Seite lange Zeit nicht richtig gedeutet worden waren, hat den Vortragenden davon überzeugt, dass die Kenntniss der Giftprimelwirkung noch lange nicht in dem Masse verbreitet ist, wie es noth thut, und hat ihm Veranlassung zu den nachstehend in nuce wiedergegebenen Ausführungen gegeben.

Die beiden Arten Primula obconica und Primula sinensis, welche gärtnerisch bei uns in reichem Masse gezüchtet werden, sind geeignet, durch Berührung sehr hartnäckige Hautentzündungen zu erregen. Verschiedene Personen scheinen in verschiedenem Grade empfänglich zu sein. Bei einem der Autoren, die diesen Gegenstand studirt haben, dauerte eine durch absichtliche Selbstvergiftung herbeigeführte derartige Entzündung trotz genauester fachmännischer Behandlung acht Tage.

Die Reizwirkung geht nicht von spitzen Härchen aus, wie behauptet worden ist, sondern von zarten köpfchentragenden Drüsenhaaren, die die oberirdischen Teile der Pflanze bedecken. Sie bilden im Köpfchen einen hellgrünen oder braunen Saft, der sich, wenn das umschliessende Häutchen platzt, entleert. Dieser ist es, welcher den Reiz ausübt. Trocknen der Blätter, ja selbst dreistündiges Erhitzen auf 100 Grad konnte die Reizwirkung nicht beeinträchtigen, welche der des Toxicodendrols sehr ähnlich ist.

Der Gefahr der Vergiftung sind natürlich am meisten Gärtner und Blumenzüchter ausgesetzt. Zur Vorbeugung empfiehlt es sich, die Hände nach dem Anfassen der Pflanzen mit Alkohol zu waschen.

Unter den anderen Primelarten enthält noch P. officinalis einen Stoff, der wie es scheint, auf wunde Hautstellen reizend wirkt, nämlich das Glycosid Primulin. Diese Art hat aber keine Drüsenhaare.

Verein für innere Medicin in Berlin.

Sitzung vom 19. November 1900.

(M. M. W.)

F. Strassmann: Ein durch Sektion sichergestellter Fall von traumatischer Zerreissung einer Aortenklappe.

Ein bisher arbeitsfähiger, angeblich vollgesunder Stallknecht wurde am 24. November 1899 von einem Pferde an die Brust geschlagen. Zwei Monate später stellte der Arzt eine Klappen-Insuffizienz fest und bejahte den Zusammenhang mit dem Unfall. Ein Obergutachten nahm jedoch eine alte Arterienverhärtung als alleinige Krankheitsursache an.

Am 24. März 1900 starb der Verletzte. Es fanden sich schiefgeheilte Knorpelknochentrennungen an den Rippen, Verwachsung der Herzbeutelblätter, Vergrösserung des Herzens und als Hauptbefund ein Querriss in der Innen- und Mittelhaut des ersten Abschnitts der Körperschlagader, welcher sich als Längsriss in die zunächst gelegene halbmondförmige Klappe fortsetzte. Irgend welche erhebliche Veränderungen an den Klappen sind sonst nicht vorhanden, die bestehende Arteriosklerose ist unbedeutend. Dass ein Blutsack zwischen innerer und äusserer Aortenwand nicht zu Stande kam (cf. die Original-Artikel S. 277 u. 317 des vor. Jahrg.), ist durch die Herabsetzung des Blutdrucks in dem Gefäss erklärt.

In der Diskussion betont A. Fränkel: Er habe ähnliche Fälle schon früher gesehen und sich gewundert, dass Stern den traumatischen Klappenzerreissungen skeptisch gegenüberstehe.

v. Leyden war schon früher derselben Ansicht wie Strassmann, freut sich aber über die Einwandsfreiheit des vorliegenden Falles.

Auf Anfrage von Fürbringer erklärt Strassmann, dass an der Verletzungsstelle keine Spuren frischer Entzündung der Innenhaut vorhanden waren.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Ein Sachverständiger kann für das Hauptverfahren nicht deshalb abgelehnt werden, weil er im Vorverfahren gehört worden ist.

Urtheil vom 6. März 1900.

Nach § 24, Abs. 1 Str.-P.-O. kann ein Richter sowohl in Fällen, in denen er von der Ausübung des Richteramtes Kraft Gesetzes ausgeschlossen ist, als auch wegen Besorgniss der Befangenheit abgelehnt werden. Auf diese Vorschrift weist § 74, Abs. 1, Satz 1 Str.-P.-O. zurück, indem er die Ablehnung eines Sachverständigen aus denselben Gründen gestattet, welche zur Ablehnung eines Richters berechtigen. Nach Massgabe des § 22 No. 5 Str.-P.-O. würde hiernach ein Sachverständiger als solcher abgelehnt werden können, wenn er in der Sache als Zeuge oder Sachverständiger vernommen worden ist. In § 74, Abs. 1, Satz 2 ist jedoch bestimmt, dass aus der früheren Vernehmung des Sachverständigen als Zeuge ein Ablehnungsgrund nicht hergeleitet werden kann. Der Fall einer früheren Vernehmung des Sachverständigen als Sachverständigen ist hiernach allerdings nicht besonders erwähnt; dieser Umstand vermag jedoch nicht zu der Annahme zu führen, dass die Vorschrift des § 22 No. 5 a. a. O. auch auf diesen Fall Anwendung zu finden habe.

Diese Nichterwähnung erklärt sich vielmehr daraus, dass das Gesetz die Unzulässigkeit der Ablehnung eines Sachverständigen für selbstverständlich erachtet. Sollen nicht die Interessen des Beschuldigten selbst auf das Schwerste gefährdet werden, so muss die Auswahl der zuzuziehenden Sachverständigen von vornherein sich auf diejenigen Persönlichkeiten richten, welche hierzu am geeignetsten erscheinen, Um so weniger kann dem Angeklagten das Recht zustehen. einen im Vorverfahren vernommenen Sachverständigen lediglich wegen dieser Vernehmung für das Hauptverfahren abzulehnen und damit nach seinem Belieben ein Beweismittel zu beseitigen, welches unter Umständen im Interesse der Strafverfolgung ebenso unentbehrlich sein kann wie die Vernehmung eines Zeugen, der schon im Vorverfahren als solcher vernommen worden ist. In § 83 Abs. 1 Str.-P.-O. ist überdies vorgeschrieben, dass der Richter eine neue Begutachtung durch dieselben Sachverständigen anordnen kann.

(Ztschr. f. Med. B.)

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend eine psychische Hemmung in der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes nach Quetschung des Vorderarmes und Zerreissung eines Astes des Nervus radialis.

(Amtl. Nachr. des R. V. A.)

Auf Antrag des Reichs-Versicherungsamts erstatte ich über den Gesundheitszustand des Eisenschmelzers Gustav Emil Sch. aus Ch. auf Grund meiner Beobachtung in der Psychiatrischen und Nervenklinik (vom 14. bis zum 20. Januar 1899) und nach Kenntnissnahme des Aktenmaterials folgendes Gutachten:

Sch. erlitt am 10. März 1894 eine Quetschung mit Lappenrisswunde am rechten Vorderarm und eine Quetschung des rechten Fusses. Die Finger der rechten Hand konnten aktiv weder gestreckt noch gespreizt werden, während dies passiv ohne jeden Widerstand möglich war. Selbst starke elektrische Reizung der Fingerstreckmuskulatur löste keine Streckbewegung aus. Am rechten Fuss ist etwas Abnormes nicht nachzuweisen. (Blatt 4 der Genossenschaftsakten.)

Eine eingeleitete elektrische Behandlung war ohne jeden Einfluss.

Am 1. September 1894 wurde Sch. dem Kreiskrankenstift Z. zugeführt. Herr Professor K. stellte hier fest (Blatt 26 derselben Akten), dass die rechte Hand und die Finger dieser Hand aktiv nicht gestreckt werden können. Die Muskulatur war abgemagert, die elektrische Reaktion erloschen. Professor K. sprach die Meinung aus, dass diese Lähmung durch eine Quetschung oder Zerreissung der Nervus radialis verursacht worden sei. In der That fand sich bei operativer Freilegung des Nerven am Orte der Verletzung eine Abquetschung des Ramus profundus vom Nervus radialis. Durch eine erfolgreiche Nervennaht wurden beide Enden des Nerven vereinigt. Es trat zunächst im Zustande des Patienten keine wesentliche Besserung ein. Ein Gutachten des Herrn Dr. M. in Ch. vom 4. Januar 1895 stellt eine fast absolute Unbrauchbarkeit der rechten Hand fest (die Lähmung der Streckmuskulatur besteht noch).

Auch Professor K. konstatirt am 16. Januar 1895 eine Lähmung der Streckmuskeln der rechten Hand und Finger, hebt aber dabei hervor, dass Sch. seine Beschwerden übertreibe und eine Lähmung auch der Beugungsmuskulatur vortäusche.

Sch., der bis dahin Vollrente bezogen hatte, erhielt vom 1. Februar 1895 an eine Rente von 50 Prozent.

Am 25. November 1897 wurde Sch. wieder von Herrn Dr. M. in Ch. untersucht. Er gab an, seit dem Unfall überhaupt nicht wieder gearbeitet zu haben, doch zeigte die Muskulatur des rechten Armes weder an Masse noch Konsistenz eine merkliche Veränderung; die Haut der rechten Finger und Hohlhand war derb und fest, die elektrische Reizung des Oberarmes bewirkte energische Kontraktur der einzelnen Fingermuskulatur (Blatt 81 der Akten).

Eine Behandlung in der Heilanstalt von Dr. D. in L. war ohne Einfluss. „Sch. machte den Eindruck eines wenig intelligenten Menschen, dessen Angaben den Stempel der Uebertreibung an der Stirn tragen.“ Die Erwerbsunfähigkeit könne höchstens auf 20 bis 25 Prozent geschätzt werden (Blatt 96. 97 der Akten).

Herr Dr. B. in L. gab am 22. Februar 1898 sein Gutachten dahin ab, dass Sch. in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr geschädigt sei. Die von Professor K. ausgeführte Nervennaht sei von ausgezeichnetem Erfolge gewesen. Es finde sich kein Zeichen einer Radialislähmung. Er halte Sch. für einen Simulanten, der geistig offenbar sehr beschränkt sei, aber an keiner psychischen Störung litte. Auf dieses Gutachten hin wurde dem Sch. die bisherige Rente entzogen.

Gegen diese Entscheidung legte Sch. beim Schiedsgericht am 13. März 1898 Berufung ein, da er den verletzten Arm noch nicht zur Arbeit gebrauchen könne. Der als Sachverständiger fungirende Dr. W. in L. erklärte den Sch. ebenfalls für einen Simulanten. Die Muskulatur des rechten Armes ist nicht atrophisch, die elektrische Reaktion normal.

Das Schiedsgericht erkannte dem Sch. eine Rente von 20 Prozent zu, da bei demselben als Unfallfolge eine psychische Depression bestehe.

Die Berufsgenossenschaft legte hiergegen Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein mit dem Begründen, dass Sch. weder an einer Radialslähmung, noch an einer Depression leide.

Zur Entscheidung dieser Fragen wurde Sch. am 10. Januar in die Klinik zur Untersuchung und Beobachtung aufgenommen.

Er giebt an, dass seine Eltern an Lungenkrankheiten gestorben und Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie nicht vorgekommen seien. In der Schule und als Lehrling habe er an „Krämpfen“ gelitten (fiel um und wusste nachträglich nichts davon). Im 20. Jahre erkrankte er an Nervenfieber. Später will er nie ernstlich krank gewesen sein.

Bis vor etwa einem halben Jahre sei der rechte Arm ganz gelähmt gewesen, seit einem Vierteljahr hätte sich der Zustand aber soweit gebessert, dass er versucht habe, sich zu Hause mit leichter Schuhmacherarbeit zu beschäftigen. Patient giebt zu, dass der Arm jetzt nicht mehr gelähmt sei, er könne leichte Arbeit verrichten, aber die Fabrikarbeit sei zu schwer für ihn. Auch stellt er nicht in Abrede, dass sein Zustand noch weiterer Besserung fähig sei, wenn er auch meint, dass es nicht wieder „ganz gut“ werden könne.

Spontan äusserte Patient während der Beobachtung keine Klagen, auf direktes Befragen giebt er an, dass ihm der rechte Arm und die Hand bei Witterungswechsel manchmal weh thue, es sei ein Gefühl „wie Schwund“ im Fleische. Auch im Fuss spüre er manchmal Stiche.

Die körperliche Untersuchung des Sch. ergiebt Knochenbau und Muskulatur von mittlerer Stärke, geringes Fettpolster. Die Haut ist blass, trocken, in beiden Handtellern derb, schwielig. Das Gesicht ist blass, blatternarbig, mager. Der symmetrische Schädel hat $56^1/_2$ cm Umfang. Degenerationszeichen an Gaumen, Zähnen und Ohren fehlen. Die inneren Organe sind intakt, die der Palpation zugänglichen Arterien etwas verhärtet.

Es finden sich keine Störungen im Bereich der Hirnnerven, die Sehnenreflexe sind lebhaft und beiderseits gleich stark. Haut- und Schleimhautreflexe sämmtlich erhalten. Die Sensibilität ergab sich als intakt. An der rechten Hand und am rechten Vorderarm werden zuweilen einzelne Berührungen nicht angegeben, doch lassen sich anästhetische Zonen nicht abgrenzen. Bei genügender Anspannung der Aufmerksamkeit werden alle Berührungen gefühlt.

Die Arm-, Rumpf- und Beinbewegungen sind sämmtlich aktiv und passiv ausführbar. Die aktiven Bewegungen des rechten Armes und der Hand sind etwas langsamer und schwächer als links, aber nicht behindert.

Das Spreizen der Finger und die Abduktion des Daumens ist rechts weniger ausgiebig. Auch die einzelnen Fingerbewegungen sind rechts etwas ungeschickt.

Die Muskulatur ist an beiden Armen gleichmässig entwickelt, doch ist die rohe Kraft rechts anscheinend herabgesetzt (Dynamometer rechts 30 bis 40, links 95).

Es besteht keine Atrophie der Handmuskeln. Die elek-

trische Erregbarkeit der Muskulatur des rechten Armes ist bei direkter und indirekter Reizung normal.

Auf Grund dieser Untersuchung müssen wir unser Urtheil dahin abgeben, dass bei Sch. zur Zeit eine Lähmung des rechten Nervus radialis nicht besteht.

Was die Frage anbelangt, ob Sch. in Folge des Unfalls an einer psychischen Depression leide, so ergab die Beobachtung Folgendes:

Patient macht einen mürrischen, unzufriedenen Eindruck. Er spricht nicht spontan und giebt auf Befragen nur einsilbige Antworten. Die Stimmung ist mehr gleichgiltig als deprimirt. Auf direktes Befragen werden Unlustgefühle (Trauer, Angst, Schmerz) in Abrede gestellt.

Patient ist geistig wenig regsam. Er sucht weder Beschäftigung noch Verkehr mit anderen Patienten. Grobe Intelligenzdefekte sind nicht nachzuweisen. Subtraktionsexempel rechnet Patient auffallend schlecht. Ueber seine Unfallverhältnisse zeigt er sich im Allgemeinen orientirt, doch fehlen ihm auch hier genaue Daten.

Patient giebt zu, keine Klagen zu haben, hypochondrische Ideen oder krankhafte Affekte sind nicht zu konstatiren. Er giebt auf Befragen zu, dass sein Arm nicht mehr gelähmt sei, und dass sich die Beweglichkeit seit einem halben Jahre wesentlich gebessert habe. Er könne jetzt leichte Arbeiten verrichten. Auch stellt er nicht in Abrede, dass sich sein Zustand noch weiter bessern könne, wenn er auch meint, dass es nicht wieder „ganz gut“ werde.

Wie aus der Beobachtung hervorgeht, zeigt Sch. zwar eine geringe geistige Regsamkeit und Intelligenzschwäche. Es besteht bei ihm jedoch keine psychische Depression, keine krankhafte Veränderung des Seelenzustandes, die ihn zur Arbeit unfähig machte. Vielmehr arbeitet Sch. seit einem Vierteljahre zu Hause und hält seinen Zustand für noch weiter besserungsfähig.

Wir müssen deshalb unser Gutachten dahin abgeben, dass bei Sch. als Folge des Unfalls vom 10. März 1894 weder eine Radialislähmung noch nine physische Depression besteht.

Bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit möchten wir darauf hinweisen, dass bei Sch., wenn auch keine Lähmung, so doch eine gewisse Schwäche in der Muskulatur des rechten Armes und der Hand zurückgeblieben ist. Voraussichtlich wird zwar noch eine weitere Besserung des gegenwärtigen Zustandes eintreten, wir glauben jedoch nicht, dass dieselbe zu einer uneingeschränkten Gebrauchsfähigkeit des Armes, dergestalt, dass Sch. wieder seiner Beschäftigung als Eisenschmelzer nachgehen oder sonst schwere Arbeiten verrichten könnte, führen wird. Die Vorstellung, dass der Arm nicht wieder vollständig gebrauchfähig würde, wurzelt in dem durch frühere Erkrankung geschwächten und schädlichen Einflüssen, wie sie der erlittene Unfall bedeutet, leicht zugänglichen Nervensystem des Sch. in krankhafter Weise so fest, dass die hierdurch bedingte psychische Hemmung in der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes nie völlig überwunden werden wird. Wir halten demnach Sch. für um 25 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt und die Gewährung einer dementsprechenden Rente für angezeigt.

Leipzig, den 10. Februar 1899.

Professor Dr. Flechsig.
Geheimer Medizinalrath und Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität.

Auf Grund des vorstehenden Obergutachtens ist zwar das Bestehen einer Lähmung des Radialisnerven sowie einer allgemeinen psychischen Depression bei dem Kläger verneint, gleichwohl aber das schiedsgerichtliche Urtheil aufrecht erhalten worden, da angenommen wurde, dass das krankhaft geschwächte Nervensystem des Verletzten die Ausnutzung der an sich vorhandenen Kraft des rechten Armes nicht gestatte, und der Kläger hierdurch um mindestens 20 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sei.

Mittelbarer ursächlicher Zusammenhang eines zweiten Unfalls mit einem früher erlittenen Betriebsunfall.

Rek.-Entsch. vom 13. 3. 1900.

Der Schlepper Georg F. zog sich am 28. Dezember 1898 auf der Zeche Amalia eine Kontusion des linken Knies zu. Am 5. Februar 1899 ist er bei einem Ausgange in der Nähe seiner Wohnung in Folge von Schnee und Glatteis ausgerutscht und hingefallen. Da die Verletzung vom 28. Dezember 1898 vor dem Beginn der 14. Woche folgenlos ausgeheilt war und eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht zurückgelassen hatte, lehnte der Sektionsvorstand die Bewilligung einer Unfallrente ab; denn der zweite Unfall sei durch den ersten weder veranlasst noch wesentlich begünstigt; er lasse sich daher nicht als eine mittelbare Folge des ersten Unfalles auffassen. Dem Unfall vom 28. Dezember könnten somit auch nicht die erwerbsbeschränkenden Folgen des zweiten Unfalles zugerechnet werden. Aber auch als selbstständiger Unfall sei der zweite Unfall auf Grund der Bestimmungen des Unfall-Versicherungs-Gesetzes nicht entschädigungspflichtig, weil er sich nicht beim Betriebe der Zeche Amalia, sondern ausserhalb des Betriebes ereignet habe. Das Schiedsgericht hat auf die Berufung des F. hin die Berufsgenossenschaft verurtheilt, dem Kläger für die Folgen beider Unfälle die gesetzlichen Entschädigungen zu zahlen, da die Folgen des Sturzes am 5. Februar 1899 als mittelbare Folgen des Betriebsunfalles vom 28. Dezember 1898 zu entschädigen seien. Hiergegen hat die Berufsgenossenschaft Rekurs eingelegt und ausgeführt, dass der neue Unfall, den der Kläger am 5. Februar 1899 ausserhalb des Betriebes erlitten habe, für die Bemessung der Unfallentschädigung nicht in Betracht kommen dürfe. Allerdings könne unter Umständen ein neuer Unfall sich als mittelbare Folge eines älteren darstellen; dann müsse aber der Zusammenhang klar zu Tage liegen. Der Kläger sei am 5. Februar 1899 vor seiner Wohnung an einem abschüssigen Rinnstein, der schlüpfrig geworden sei, zu Fall gekommen, wie dies jedem gesunden Menschen zustossen könne. Das Schiedsgericht erkenne selbst an, dass der Kläger durch die Umwickelung des durch den Betriebsunfall vom 28. Dezember 1898 verletzten linken Beins nicht behindert gewesen sei; der Kläger sei auch nicht auf dem kranken, sondern auf dem gesunden Bein ausgeglitten. Der erste Unfall habe keine über die dreizehnte Woche hinausreichende Erwerbsunfähigkeit zur Folge gehabt.

Der Rekurs wurde unter folgender Begründung zurückgewiesen:

Als der Kläger durch Ausgleiten vor seiner Wohnung den zweiten Unfall erlitt, war er jedenfalls von den Folgen des Betriebsunfalls vom 28. Dezember 1898 noch nicht vollständig wiederhergestellt. Dies ergiebt sich daraus, dass er auf ärztliche Anordnung noch eine Flanellbinde um das verletzte linke Bein tragen musste, und dass er vom Arzte als nur zu leichter Arbeit fähig aus der Behandlung entlassen worden war. Es ist nun auf Grund allgemeiner Erwägung durchaus wahrscheinlich, und wird auch vom Arzte in der gutachtlichen Aeusserung ausgesprochen, dass der in Folge des ersten Unfalls noch bestehende Schwächezustand des linken Beines wesentlich dazu mitgewirkt hat, den Kläger zu Fall zu bringen und den Fall so unglücklich zu gestalten, wie er sich thatsächlich vollzogen hat. Dass die Einwickelung des linken

Beins den Kläger an und für sich am Gehen nicht behindert hat, mag richtig sein; hierdurch wird aber nicht ausgeschlossen, dass die Umwickelung den Kläger, wie er glaubhaft versichert, gehindert hat, das Bein in ausgiebiger Weise zu bewegen und sich gegen das Hinfallen sachgemäss zu schützen.

Wäre das linke Bein des Klägers völlig gesund und frei beweglich gewesen, so würde er — dies darf man annehmen — wenn überhaupt, so doch nicht so hart zu Fall gekommen sein; der Sturz würde voraussichtlich auch keine so schlimmen Folgen gehabt haben, wenn der Kläger nicht gerade wieder auf die kranke Stelle des linken Beins gefallen wäre.

Der Unfall vom 5. Februar 1899 steht hiernach mit der durch den Betriebsunfall vom 28. Dezember 1898 herbeigeführten Verletzung in einem mittelbaren ursächlichen Zusammenhange, und seine Folgen sind als eine in den Folgen des ersten Unfalls eingetretene Verschlimmerung im Sinne des § 65 des Unf.-Vers.-Ges. aufzufassen, für welche die Beklagte aufzukommen hat. (Compass.)

Verzögerung der ärztlichen Untersuchung.

Rekurs-Entsch. vom 5. Mai 1900.

Der Schachthauer L. hatte auf einer Zeche einen Unfall erlitten und erhielt dafür eine Rente von 50 pCt. Am 25. November 1898 forderte ihn der Sektionsvorstand auf, sich zur Untersuchung bei Dr. Sch. zu gestellen mit dem Bemerken, dass, falls er dieser Aufforderung keine Folge leiste, aus seiner Weigerung der für ihn ungünstigste Schluss gezogen, und die Rente entweder ermässigt oder eingestellt werden würde. Durch Bescheid vom 30. Dezember 1898 wurde die Rente eingestellt, weil der Kläger sich zur ärztlichen Untersuchung nicht gestellt habe und deshalb angenommen werde, dass er in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt sei. In der beim Schiedsgericht eingelegten Berufung hatte der Kläger angeführt, dass er die angeordnete Untersuchung nicht verweigere. Auf Veranlassung des Schiedsgerichts hat sodann Dr. Sch. nach vorgängiger Untersuchung des Klägers über den Grad seiner Erwerbsfähigkeit ein Gutachten erstattet. Das Schiedsgericht billigte hierauf dem Kläger die frühere Rente seit dem 1. September 1889 zu, wies aber den Anspruch auf die Rente für die Zwischenzeit mit der Begründung ab, dass der angefochtene Bescheid nach damaliger Sachlage zulässig gewesen sei, und der Kläger auch im schiedsgerichtlichen Verfahren die Vornahme der ärztlichen Untersuchung aus unzutreffenden Gründen verzögert habe. Gegen dieses Urtheil hat L. Rekurs eingelegt und die Gewährung der Rente für die Zwischenzeit beantragt. Er behauptet, durch die Krankheit seiner Kinder verhindert worden zu sein, sich rechtzeitig zur ärztlichen Untersuchung zu begeben. Das Reichs-Versicherungsamt änderte die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Im Allgemeinen haben die Berufsgenossenschaften, wenn sie zur Herabsetzung oder Einstellung einer Rente schreiten, den Beweis zu führen, dass in den Verhältnissen, welche für die frühere Rentenfeststellung massgebend waren, inzwischen eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Macht ihnen aber der Verletzte die Gewinnung der hierzu erforderlichen Unterlagen unmöglich, so sind die Berufsgenossenschaften berechtigt, aus diesem Verhalten des Verletzten den nach Lage der Verhältnisse zulässigen, für ihn ungünstigsten Schluss betreffs der Besserung seines Gesundheitszustandes zu ziehen. Es kann alsdann auch ohne Beweisführung angenommen werden, dass die Verminderung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten nicht mehr in dem früheren Grade oder überhaupt nicht mehr besteht. Diese Annahme beruht auf thatsächlichen Erwägungen, sie findet ihre Unterlage einmal in dem Verhalten des Rentenempfängers, welches die Folgerung rechtfertigt, dass er die Feststellung einer erfolgten Besserung seines Gesundheitszustandes vorsätzlich zu verhindern sucht, sodann in der Natur des Leidens, welches den Schluss zulässt, dass im Laufe der Zeit eine Besserung oder sogar eine völlige Heilung eintreten konnte. Diese Verhältnisse begründen die Vermuthung, dass eine Besserung oder Heilung wirklich eingetreten sei. Aber eine auf thatsächlicher Grundlage ruhende Vermuthung kann durch Gegenbeweis entkräftet werden. Die erwähnten Umstände bewirken lediglich eine Verschiebung der Beweislast. Die Berufsgenossenschaft wird, wenn der Verletzte sich grundlos weigert, sich der angeordneten Untersuchung zu unterziehen, und die Art der Unfallsfolgen die Annahme der Besserung oder Heilung rechtfertigt, der ihr sonst obliegenden Beweispflicht überhoben, und der Beweis des Gegentheils dem Verletzten aufgebürdet. Führt er, ehe der die Rente herabsetzende oder einstellende Bescheid rechtskräftig geworden ist, diesen Beweis in zweifelsfreier Weise, so ist die dem Bescheide zu Grunde liegende Voraussetzung widerlegt und der Bescheid ausser Kraft zu setzen. Dies hat zur Folge, dass der Verletzte die Rente weiter bezieht und zwar seit dem Tage, von welchem ab sie ihm durch den hinfällig gewordenen Bescheid entzogen worden ist. Eine Entziehung der Rente für eine gewisse Zeit als Strafe des Ungehorsams ist nicht begründet. Diese Grundsätze enthalten auch keine Unbilligkeit gegenüber den Berufsgenossenschaften. Denn wenn der Verletzte selbst die Unterlagen beschafft, deren Gewinnung er vorher vereitelt hat, oder wenn er, wie im vorliegenden Falle, im schiedsgerichtlichen Verfahren sich der vorher verweigerten ärztlichen Untersuchung unterzieht, so bedarf es keines weiteren Zwangsmittels gegen ihn, und es ist nunmehr auf Grund freier Beweiswürdigung zu prüfen, ob eine Besserung oder Heilung eingetreten ist oder nicht. Bestätigt der Sachverständige die im Bescheid angenommene Besserung oder Heilung, so verbleibt es bei der darin ausgesprochenen Herabsetzung oder Einstellung der Rente seit dem Tage an, an welchem der Bescheid in Kraft getreten ist. Stellt der Sachverständige aber die unveränderte Fortdauer des bisherigen Zustandes fest, so liegt die Sache ebenso, als wenn er von vornherein, als die Berufsgenossenschaft zur Vorbereitung ihrer Entschliessung die Untersuchung anordnete, in diesem Sinne sich geäussert hätte. Die Berufsgenossenschaft wird daher nicht geschädigt, wenn in diesem Falle auf den ununterbrochenen Fortbezug der Rente erkannt wird. Im vorliegenden Falle ist durch das Gutachten des Dr. Sch. vom 23. September 1899, welches die Genossenschaft als massgeblich anerkannt hat, erwiesen, dass der Zustand des Klägers im Wesentlichen derselbe wie zur Zeit der früheren Rentenfeststellung und seine Erwerbsfähigkeit immer noch um 50 pCt. vermindert ist. Hieraus ergab sich die Verpflichtung der Genossenschaft, dem Kläger auch für die Zeit seit dem Inkrafttreten des Bescheides bis zum 31. August 1899 die frühere Rente zu gewähren. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Das Recht zum Selbstdispensiren.

Entsch. vom 7. Mai 1900.

Gegen den Angeklagten war das Hauptverfahren wegen Uebertretung des § 367, Ziff. 3 des Strafgesetzbuchs eröffnet. Er wurde in erster und zweiter Instanz freigesprochen. Die hiergegen von der Staatsanwaltschaft eingelegte Revision wurde zurückgewiesen und in den schriftlichen Gründen Folgendes ausgeführt: Der Angeklagte, welcher Arzt ist, hat in einer Reihe von Fällen Arzneimittel, die zu den nach der Kaiser-

lichen Verordnung vom 27. Januar 1900 den Apothekern vorbehaltenen nicht gehören, an Patienten verkauft. Nun verordnet allerdings das Medizinal-Edikt vom 27. September 1725 (Corpus constitutionum Marchicarum Theil V, Abtheilung IV, Kapital 1, S. 224): „Das innerliche Kuriren bleibt den Aerzten allein, dahingegen sie sich aller äusserlichen Kuren wie auch des Dispensirens derer medicamentorum officinalium gänzlich enthalten und damit den Apothekern keinen Abbruch thun müssen.“ Nach § 460, Theil II, Titel 8 des Allgemeinen Landrechts müssen Aerzte an Orten, wo Apotheken sind, sich der eigenen Zubereitung der den Kranken zu reichenden Arzneien der Regel nach enthalten. Ebenso gestattet der § 14 der revidirten Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 den Aerzten das Halten einer Hausapotheke nur an den Orten, an denen eine öffentliche Apotheke nicht vorhanden ist; damit wird ihnen an den Orten, an welchen eine Apotheke vorhanden ist, jeder Arzneimittelverkauf untersagt; dasselbe geschieht durch § 20 des Edikts über die Einführung der allgemeinen Gewerbesteuer vom 2. November 1810. Diese Bestimmungen sind gegenwärtig nur noch betreffs der den Apotheken vorbehaltenen Arzneimittel in Kraft. Nach § 6, Abs. 2 der Gewerbeordnung wird durch Kaiserliche Verordnung bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind. Dies ist durch die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 und die hierzu ergangenen ergänzenden Verordnungen in der Weise geschehen, dass dort die den Apotheken vorbehaltenen Waaren aufgezählt werden. Die übrigen dort nicht aufgezählten Waaren sind daher freigegeben. Landesrechtliche Bestimmungen, welche den Verkehr mit diesen freigegebenen Waaren, beschränken sind somit aufgehoben; diese Waaren dürfen von Jedem, also auch von Aerzten, ohne irgend welche Einschränkung verkauft werden. Somit ist die Handlungsweise des Angeklagten straflos. Verfehlt ist es, wenn die Revision zur Begründung der entgegenstehenden Auffassung darauf hinweist, dass die Gewerbeordnung in die Medizinalverfassung der einzelnen Bundesstaaten nicht weiter habe eingreifen wollen, als es nothwendig war, um für das ärztliche und das Apothekergewerbe die Freizügigkeit herzustellen. Denn der § 6 der Gewerbeordnung mit den hierzu ergangenen Kaiserlichen Verordnungen hat weiter insofern in die Medizinalverfassung eingegriffen, als diese Bestimmungen den früheren landesrechtlichen Apothekenprivilegien auf die den Apotheken vorbehaltenen Waren beschränken. Den oben erwähnten Vorschriften des Preussischen Rechts aber sind nicht medizinalpolizeilicher Natur; sie wollten nicht die vorschriftsmässige Herstellung der Heilmittel sichern und den Verkauf vorschriftswidrig bereiteter Arzneien verhüten, sondern sie bilden einen Bestandtheil des Apothekerprivilegiums und sollten die Apotheker vor einer Konkurrenz durch die Aerzte schützen. Das ergiebt der klare Wortlaut und Sinn der erwähnten Bestimmungen, insbesondere der Umstand, dass den Aerzten an denjenigen Orten, wo eine Apotheke nicht besteht, das Halten von Hausapotheken gestattet ist. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Loewenfeld-München, L. Somnambulismus und Spiritismus. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1900. Preis M. 1,—.

Obigen Titel trägt das erste Heft aus den „Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzel-Darstellungen für Gebildete aller Stände,“ ein Unternehmen, welchem gerade unser Blatt mit gespanntem Interesse entgegensieht, da es von ihm eine Vertiefung des Verständnisses für viele Vorkommnisse erhofft, in welchen das Publikum und der gebildete Jurist den Gedankengängen der ärztlichen Sachverständigen schlechterdings nicht zu folgen vermögen. Freilich ist es ein ungewöhnlich schwieriges Unternehmen, ein so sprödes Thema wie das vorliegende in populäre Formen zu giessen, und ich kann die Aufgabe, die sich hier einer unserer gewandtesten und sachkundigsten Schriftsteller gestellt hat, noch nicht in dem Masse für gelöst halten, wie es zur Bekämpfung irreführendsten Halbwissens wünschenswerth gewesen wäre. Für den Laien, — und dazu dürfen wir auf diesem Gebiet auch getrost die Mehrzahl unserer Aerzte rechnen — ist das Ganze zu knapp gehalten, es bietet eine bedeutende Fülle von Thatsachen, ohne deren geistige Assimilirung genügend zu vermitteln, während die Schrift dem Fachmann natürlich nichts Neues, auch nicht durch die Art der Zusammenfassung des Stoffes bietet. Um dem gewollten Zwecke mehr zu entsprechen, hätte der erste Theil, welcher die verschiedenen Formen des Somnambulismus: das Schlafwandeln, den hysterischen und zum Schluss den hypnotischen Somnambulismus behandelt, breiter angelegt werden müssen. Der Verfasser setzt sicher zu viel voraus, so namentlich in manchen grundlegenden Begriffsbestimmungen, wie in dem grossen Gebiet des unbewussten Seelenlebens, und namentlich bei der Lehre von der Einengung des Bewusstseins, die mit ihren Uebergängen ins Alltägliche so viele Brücken für das innigere Verständniss der herrschenden Anschauungen über die partielle Schlafhemmung und partielles Wachsein dargeboten hatte (pg. 16). Die vollständige Beherrschung des Stoffes führte häufig zu einer sehr eleganten Darstellungsweise, wo eine scharfe Prägnanz weniger übrig gelassen hätte, was erst noch zwischen den Zeilen gelesen werden muss. Dazu ist aber der Laie nur selten in der Lage. (So ist es auch z. B. unterblieben, die Verschärfung einzelner Sinnesempfindungen durch Erörterungen über die Herabsetzung des Schwellwerths für die betreffenden Reize dem Laien plausibel zu machen.) (pg. 10 u. 18). Und bei der Darstellung der Verschiedenheiten in den Aeusserungen des verschiedenen geistigen Naturells Hypnotisirter wäre eine noch eingehendere Besprechung über Suggestibilität einerseits und ideoplastisches Vermögen andrerseits wohl am Platz gewesen. (pg. 17). Alles in Allem ist das ungemein aktuelle Thema so fesselnd behandelt, dass die Schrift sicher grosse Verbreitung finden wird. Hoffen wir deshalb, recht bald eine zweite Auflage zu erleben, welche nach obigem Wort eine verbesserte sein wird, wenn sie eine vermehrte ist. Die vorliegende Form der Darstellung birgt nebenbei auch noch die Gefahr in sich, dass der Leser den fesselnden Stoff so abgeschlossen und abgerundet vor sich liegen zu sehen wähnt, dass er nicht das unabweisbare Bedürfniss nach weiterer Vertiefung in seine Probleme unmittelbar empfindet, denn über die Klippen und Untiefen derselben hat ihn der flüssige Stil des Verf. leicht gleitend hinweggeführt.

Der zweite Theil umfasst den sog. Spiritismus unter der Bezeichnung der aussergewöhnlichen Erscheinungen des Somnambulismus. Nach einander führt der Verfasser unter Beibringung einer grossen Kasuistik die Erscheinungen des Hellsehens, der Sinnesverlegung, des räumlichen Fernsehens, der Telepathie, der Clairvoyance und des Redens in fremden Zungen ad absurdum. Ein meist unerquickliches Gebiet, auf dem man sich zwischen Betrügern und unverbesserlichen „Gläubigen“ bewegen muss. Ueberall werden Gegenbeweise und Entlarvungen aufs Genauste aufgeführt, ob freilich ein dem Okkultismus Verfallener durch Vernunftgründe zu bekehren ist, wage ich selbst so überzeugender Darstellung gegenüber billig zu bezweifeln. Dabei ist Verf. fast ängstlich bemüht, dem Vorkommen okkulter Erscheinungen gegenüber objektiv zu bleiben, um auch nur den Schein der Voreingenommenheit gegen dieselben zu vermeiden. Dass er dort (wo

er die Möglichkeit ihrer Existenz nicht ins Bereich der Fabel verweisen muss) auf jede übernatürliche Erklärung derselben verzichtet, braucht eigentlich nicht besonders hervorgehoben zu werden. Vermisst habe ich unter den besprochenen Erscheinungen die Erwähnung eines sehr häufigen Geschehnisses, nämlich des gleichzeitigen Auftauchens desselben Gedankenganges bei verschiedenen Personen, welchen doch nur oberflächliche Beobachtung durch gleichlaufende associative Verarbeitung ein und derselben Anregung für alle Fälle erklären wollen kann.

Möchten recht Viele durch aufmerksame Lektüre dieser Schrift einen Schutzwall gegen die spiritistische Irrlehre um sich aufführen, welche „der Aufklärung unsrer Zeit Hohn spricht und längst überwundenem Aberglauben neuerdings Thür und Thor zu öffnen droht.“

Marcinowski.

Möbius, J. P. Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. Bd. III, H. 3, II. Aufl. Halle a. S. Carl Marhold 1901. 34 S., Pr. 1 M.

Das Heft mit dem seltsamen Titel, das wir kürzlich referirten, erscheint bereits in zweiter Auflage, vermehrt um eine ausführliche Einleitung, in der sich alle Vorzüge und alle Fehler des Haupttheils wiederspiegeln. Angezogen durch feine Beobachtung und geistvolle Diktion sieht man sich desto unlieber immer wieder dem einseitigen Sentiment, der phantastischen Ausmalung gegenüber.

Greifen wir z. B. den Satz heraus: „Die Früchte der Gehirndamen zeichnen sich nicht durch Kraft aus, und es fehlt an Muttermilch.“ Ja, das ist doch lediglich theoretisch konstruirt, denn wo in aller Welt ist ein wissenschaftlich einwandfreies Material zu finden, an dem Moebius das hätte beobachten können!

In einem Buche, das die geistige Ueberlegenheit des männlichen Geschlechts über das weibliche zum Gegenstand hat, müssten unseres Erachtens vor allen Dingen keine unbewiesenen, oder gar unbeweisbaren Behauptungen stehen. Denn des Mannes Uebermacht sollte sich doch am deutlichsten in seiner Fähigkeit zu nüchterner kritischer Schärfe zeigen.

Bollinger, Obermedizinalrath Professor Dr. O. Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. I. Band. Lehmanns medizin. Handatlanten Bd. XI. Zweite stark vermehrte Auflage. München, J. F. Lehmann, 1901. 12 Mark. 217 Seiten.

Während in rascher Folge die Lehmann'sche Sammlung vervollständigt wird, erscheinen von den älteren Atlanten dieser Sammlung bereits Neuauflagen, der beste Beweis dafür, welch glücklichen Griff, besonders auf gewissen Gebieten die Herausgabe dieser Atlanten bedeutet hat, und wie vortrefflich dieselben in wissenschaftlicher und künstlerischer Beziehung gelungen sind. Schon eine flüchtige Durchsicht des vorliegenden Bandes lehrt, wie berechtigt der Erfolg der ersten Auflage war, und wie zuversichtlich man der zweiten einen ebensolchen prophezeien kann. Hervorheben möchten wir, dass unter den Bildern fast nur das wirklich praktisch wichtige, dies aber auch nahezu vollzählig berücksichtigt worden ist. Wenn wir dem Buche nicht ganz wunschlos gegenüberstehen, so liegt dies nur daran, dass wir doch immer noch einige Bilder vermissen, nämlich das einer typischen Rachendiphterie, das eines akuten Magenkatarrhs und das eines gewöhnlichen sekundären Leberkrebses — nicht trotz, sondern eben wegen der Häufigkeit dieser Erkrankungen.

Flatau, Dr. Th. S., Die Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten. Aus Nobiling-Jankau's Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung VII. München. 1900. Verlag von Seitz und Schauer. Preis 1,50 M.

Verf. bespricht zuerst die „allgemeine Prophylaxe“ der Erkrankungen der Stimm- und Sprachorgane, wobei er hauptsächlich den physiologischen Leistungen der Nasen-Rachenhöhle und des Kehlkopfs und der Verhütung der Beeinträchtigung der Funktionen dieser Organe, der Athmung, des Geruchs und der Sprache, eine eingehende Würdigung angedeihen lässt. Der zweite Abschnitt der Arbeit ist der „speziellen Prophylaxe“ gewidmet; Verf. erörtert im einzelnen die Vorbeugungsmassregeln gegen eine Anzahl von Infektionskrankheiten, die an den hier in Rede stehenden Organen Krankheitserscheinungen hervorzurufen pflegen — Rose, Rotz Masern, Scharlach, Typhus, Grippe, Diphtherie, Tuberkulose, Syphilis. In einem besonderen Abschnitt ist dann noch die Prophylaxe der Blutungen behandelt.

Es ist nach Lage der Dinge nicht zu vermeiden, dass bei einer Besprechung der prophylaktischen Massnahmen gegen die Erkrankungen eines eng umschriebenen Spezialgebiets, das trotz seiner scharfen Umgrenzung in innigster Beziehung zu den Nachbarorganen und zum Gesammtorganismus steht, auch Vorbeugungsmassregeln erörtert werden, die für andere Gebiete bezw. für den ganzen Organismus ebenfalls zutreffen. An der Klippe dieser Wiederholungen ist Verf. nicht vorbeigekommen; auch sind prophylaktische und therapeutische Massnahmen nicht überall streng auseinandergehalten, was freilich keinen Vorwurf bedeuten kann, da Prophylaxe und Therapie sich oft recht eng berühren, ja, wo es sich um Massnahmen gegen Recidive handelt, oft vollständig zusammenfallen.

Richard Müller.

Bresgen-Wiesbaden, Dr. M., Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1900. — Preis 1,50 Mk.

Nach einer kurzen Würdigung der Bedeutung gesunder Athemwege, die dem Verfasser Gelegenheit bietet, in beherzigenswerther Weise auf das Zweckwidrige und Schädliche jeglicher Einbringung von Flüssigkeiten in die Nase hinzuweisen, kommt er im Einzelnen auf den Einfluss der in der Ueberschrift aufgezählten hygienischen Faktoren auf die Luftwege zu sprechen. Verfasser hat sich auf diesem Gebiete schon vielfach bethätigt und giebt in seinen Ausführungen hinsichtlich des Verhaltens unserer Luftwege gegenüber dem natürlichen sowohl wie dem „künstlichen“ Klima zahlreiche praktische Winke, die das Studium seiner Schrift für jeden ärztlichen Leser empfehlenswerth machen.

Richard Müller.

Kionka, Partsch & Leppmann, Medizinischer Taschenkalender für das Jahr 1901. Breslau 1901. Preuss und Jünger. 2 M.

Lorenz, Taschenkalender für Aerzte 1901. Berlin. S. Rosenbaum. Preis M. 2,—.

Beide Kalender sind seit einer grösseren Anzahl von Jahren eingeführt und haben ihre, in den Kreisen der Praktiker gewürdigten Vorzüge. Besonders hervorzuheben ist in dem Breslauer Kalender das Verzeichniss der Kurorte und die Anleitung zur Abfassung von Attesten. In dem Lorenzschen ist besonders der Schlussabschnitt: Krankenpflege, Nähr- und Genussmittel bemerkenswert.

Gebührenwesen.

Gebührenordnung der Bahnärzte an den sächsischen Staatseisenbahnen.

Die Generaldirektion der Sächsischen Staatsbahnen hat neue Bestimmungen für die Bahnärzte herausgegeben, welche mit dem 1. Januar 1901 in Kraft treten. Die Bahnärzte — nicht zu verwechseln mit den Kassenärzten der Betriebskrankenkasse der Staatseisenbahnen, bei der Bahnarbeiter Mitglieder sind, — haben die durch Betriebsunfälle verletzten und in Erkrankungsfällen einen festen Gehalt bis 3000 Mk. beziehenden Beamten zu behandeln; den Gesundheitszustand bez. die Dienstfähigkeit der ihnen zugewiesenen Personen zu untersuchen; in besonderen Fällen auch andere Bahnbedienstete zu behandeln. Die Entschädigung der Bahnärzte erfolgt nach den neuen Bestimmungen 1. durch Gewährung einer Freifahrkarte II. Kl. im Dienstbezirk des Bahnarztes (nach den alten Bestimmungen nur auf ärztlichen Dienstreisen im Bezirk); auf Antrag wird ferner eine freie Fahrt im Jahre innerhalb des ganzen sächsischen und bayrischen Bahnnetzes gewährt; 2. durch Bezahlung der Einzelleistungen und zwar a) für eine Berathung in der Sprechstunde 75 Pf. (bisher 60 Pf.); b) für eine Berathung in der Wohnung des Kranken 1 Mk. (bisher für den zweiten und die folgenden Besuche 75 Pf.), die Bahnärzte in Dresden, Leipzig, Chemnitz, Plauen i. V. und Zwickau sind berechtigt, für die Posten unter a und b 1 Mk. bez. 1,25 Mk. zu erheben; c) für das Fortkommen vom zweiten Kilometer an für jedes angefangene Kilometer 75 Pf. (bisher von $2^1/_2$ Kilometer an für jede weitere halbe Stunde 1 Mk.), d) für Besuche und Berathungen von Abends 9 bis früh 7 Uhr das Doppelte; e) für Berathungen und Besuche, bei denen eine nach der Gebührentaxe mit über 10 Mk. zu berechnende ärztliche oder wundärztliche Verrichtung vorgenommen, werden bei Tage nicht besonders vergütet, bei Nacht kann der Operationsgebühr das Doppelte der Berathungs- und Fortkommengebühr zugerechnet werden; f) Rezepte, kurze Auskünfte, Gesundmeldungen werden nicht besonders vergütet; g) für Untersuchung eines Neuanzunehmenden 1,50 Mk.; h) für die Untersuchung zur Verwendung als Bahnpolizeibeamter oder zur Anstellung 3 Mk.; i) für die Untersuchung in Unfallsachen 3—6 Mk., in ausssergewöhnlichen, besonders zu begründenden Fällen eine noch höhere Gebühr; k) für die Wiederholungsprüfungen auf Seh- und Hörvermögen pro Kopf 1 Mk. (auswärts noch Kilometergebühren); l) für alle sonstigen ärztlichen und wundärztlichen Verrichtungen die Mindestsätze der Gebührentaxe vom 28. März 1889. Die Stellung der Bahnärzte beruht auf freiem Uebereinkommen und unterliegt einer beiden Theilen freistehenden dreimonatlichen Aufkündigung (bisher jederzeit sofort widerruflich).

Diese neuen Bestimmungen sind in eingehender Weise mit dem Vertrauensarzte der Direktion, Herrn Dr. Gilbert, berathen worden und entsprechen den Wünschen der Bahnärzte in weitgehender Weise. Ein einziger Satz — 75 Pf. für die Berathung in der Sprechstunde — hat den Mindestsatz der Gebührentaxe noch nicht erreicht (und deshalb wird der Vertrag — ausgenommen der für die Aerzte der genannten 5 grossen Städte — den Bezirksvereinen vorzulegen sein); er wäre wohl auch gewährt worden, wenn die Bahnärzte dafür auf die freie Fahrt verzichtet hätten, welche sie jedoch unter allen Umständen vorzogen. Die Neuregelung der Gebühren wird der Bahnverwaltung eine jährliche Mehrausgabe von 30 000 Mk. verursachen. Dass die bei der Neuregelung eingeführte Einheitlichkeit und Vereinfachung des Geschäftsgebahrens für einzelne Bahnärzte eventuell auch Härten mit sich bringen kann, ist möglicherweise nicht ganz zu vermeiden gewesen, für die Gesammtheit der Bahnärzte bezeichnen die Aenderungen aber entschieden einen wesentlichen Fortschritt. Die Direktion hat damit bekundet, dass sie die Wahrung der wirthschaftlichen Interessen der Bahnärzte als ein Unterpfand für die gewissenhafte Erfüllung der Dienstpflichten anerkennt.

(Korr. Bl. d. ärztl. Kreis- u. Bezirks-Vereine i. Kgr. Sachsen).

Tagesgeschichte.

Neuordnung des ärztlichen Studiums.

Dem Bundesrath ist, wie die Tagesblätter melden, der Entwurf einer Bekanntmachung, betreffend die Approbation als Arzt, zugegangen. Die Vorlage soll an Stelle der Bekanntmachung über die ärztliche Prüfung vom 2. Juni 1883 treten, deren § 2 lautet: „Die Approbation wird Demjenigen ertheilt, welcher die ärztliche Prüfung vollständig bestanden hat.“ Diese Fassung soll durch folgende neue ersetzt werden:

Die Approbation wird Demjenigen ertheilt, welcher die ärztliche Prüfung vollständig bestanden und den Bestimmungen über das praktische Jahr entsprochen hat.

Der ärztlichen Prüfung hat die Ablegung der ärztlichen Vorprüfung vorherzugehen.

Die Zulassung zu den Prüfungen und zum praktischen Jahre, sowie die Ertheilung der Approbation sind zu versagen, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen.“

In der Begründung der Vorlage wird u. A. gesagt: Die gesteigerten Ansprüche, welche die moderne medizinische Wissenschaft an die Ausbildung der Aerzte stellt, sowie daneben die Mängel, welche bei der praktischen Handhabung der unter dem 2. Juni 1883 ergangenen Bestimmungen über die ärztliche Prüfung und über die ärztliche Vorprüfung sich fühlbar gemacht haben, lassen es wünschenswerth erscheinen, die schon seit längerer Zeit schwebende Revision jener Prüfungsordnungen nunmehr zur Erledigung zu bringen. Der zu diesem Behuf aufgestellte neue Entwurf einer Bekanntmachung über die Approbation als Arzt, in welchem die bisher getrennten Vorschriften für die ärztliche Vorprüfung und für die ärztliche Prüfung zu einer einheitlichen Verordnung zusammengefasst sind, enthält gegenüber dem geltenden Rechtszustande folgende wesentliche Aenderungen.

1. Verlängerung der Studienzeit. Die Zunahme des Lehrstoffes in sämmtlichen Disziplinen und die Nothwendigkeit, Spezialfächer, welche in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben, in den Lehrplan einzufügen, andere Lehrzweige — vor Allem die Irrenheilkunde — in erweitertem Masse zu berücksichtigen, lassen es unmöglich erscheinen, das gesammte Gebiet der Medizin in neun Semestern gründlich in sich aufzunehmen. Die Verlängerung des Universitätsstudiums ist deshalb allseitig als nothwendig anerkannt. Was das Mass der Verlängerung betrifft, so ist die Zeit von fünf Jahren für genügend erachtet worden, namentlich auch mit Rücksicht auf die in dem Entwurfe weiterhin vorgesehene Einführung eines einjährigen praktischen Vorbereitungsdienstes nach Abschluss der wissenschaftlichen Ausbildung.

2. Einführung eines „praktischen Jahres“. Nach Ablegung der ärztlichen Prüfung sollen die Kandidaten unter den Augen erfahrener und bewährter Aerzte noch einen praktischen Vorbereitungsdienst durchmachen, und von dessen ordnungsmässiger und vorwurfsfreier Zurücklegung wird die Ertheilung der Approbation abhängig gemacht.

3. Vermehrung und anderweitige Gliederung des Prüfungsstoffes. Anatomie und Physiologie sind als wesentliche Grundlagen der wissenschaftlichen Vorbildung festgehalten worden und haben insofern noch eine stärkere Betonung ihrer Bedeutung erfahren, als für die Zulassung zur Vorprüfung der Nachweis über die Theilnahme an den Präparirübungen während zweier Halbjahre und an dem mikroskopisch-anatomischen sowie an einem physiologischen Praktikum während eines Halbjahres, ferner der Nachweis über den Besuch einer Vorlesung über topographische Anatomie verlangt werden. Ferner ist den Spezialfächern mehr Rechnung getragen und die gerichtliche Medizin und die Geschichte der Medizin stärker betont als bisher.

4. Anderweite Bewerthung der Prüfungsfächer. Bei der Ermittelung der Gesammtcensur wird die Censur für die anatomische Prüfung mit fünf, diejenige für die physiologische mit vier, die Censur für die physikalische und chemische Prüfung je mit zwei multiplizirt, diejenigen für die Prüfungen in Zoologie und Botanik je einfach gerechnet und die Summe durch fünfzehn getheilt.

5. Festsetzung der Prüfungsgebühren. Die Gebühren für die gesammte Vorprüfung werden von 36 auf 90 Mk. erhöht, der Betrag für die ärztliche Prüfung von 206 auf 200 Mk. herabgesetzt.

6. Aenderung der Zulassungsbedingungen. Die Zulassung der Abiturienten der Realgymnasien und der Oberrealschulen zu den medizinischen Prüfungen ist unter bestimmten Voraussetzungen ausdrücklich ausgesprochen.

7. Vorkehrungen zur Beschleunigung der Prüfungen. Um künftig eine Verschleppung der Prüfungen, wie sie unter den jetzigen Vorschriften möglich ist und auch thatsächlich in erheblichem Umfange stattgefunden hat, wirksamer vorzubeugen, hat der Entwurf eine Reihe neuer Bestimmungen getroffen. Für den Fall des Nichterscheinens oder nicht rechtzeitigen Erscheinens zur Prüfung kann z. B. der Candidat des ganzen Gebührenbetrages für verlustig und ausserdem in der Prüfung oder in einzelnen Fächern für nicht bestanden erklärt werden.

Vorläufig ist das alles erst Entwurf und noch nicht Gesetz, aber man wird annehmen dürfen, dass sehr wesentliche Abänderungen nicht zu erwarten sind. Die gemachten Andeutungen lassen erkennen, dass die Reform der Prüfungsordnung von tief einschneidender Bedeutung für die Entwicklung des ganzen ärztlichen Standes sein wird.

Da ist zunächst in dem Ersatzparagraphen die Bestimmung, dass die Zulassung zu den Prüfungen versagt werden soll, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen. Wir müssen es gewiss dankbar anerkennen, wenn unser Beruf vor dem Eindringen bestrafter Subjekte geschützt wird, aber der Ausdruck „schwere sittliche Verfehlungen" ist zum mindesten höchst bedenklich. Freilich giebt es ja genug Handlungen, die, ohne dem Strafrichter zu unterliegen, den moralischen Unwert eines Menschen beweisen, aber die Entscheidung darüber, ob eine derartige Handlungsweise vorliegt, einer nichtrichterlichen Behörde zu überlassen, hat doch etwas sehr missliches. Ueberdies steht heute schon den Universitätsbehörden ein gewisses Richteramt und die Befugniss der Relegation, durch welche ja die Möglichkeit des Examens ausgeschlossen wird, gegenüber schweren sittlichen Verfehlungen zu.

Was die Verlängerung der Studienzeit betrifft, so kommen wir ja sicher um diese Unannehmlichkeit nicht herum; der Stoff ist eben zu ungeheuer angewachsen. Besonders den Satz, dass vor Allem der Irrenheilkunde Berücksichtigung im Examen zukommt, auch den, dass die gerichtliche Medizin stärker betont werden muss, als bisher, wollen wir getrost doppelt unterstreichen. In Bezug auf die Geschichte der Medizin können wir dem Entwurfe nicht so ganz beistimmen. Es ist gewiss ein Fortschritt, dass man mehr und mehr einsieht, wie wichtig es ist, geschichtlich-medizinische Kenntniss gerade gegenüber den von einseitigen Sekten und von dem neuerdings planmässig und in geschlossener Reihe vorgehenden Kurpfuscherthume ausgehenden Strömungen zu pflegen. Die Geschichte ist der Prüfstein des Werthes jeglicher Bestrebungen, und wenn der junge Mediziner lernt, wie so Manches, was heute neu aufgeputzt und äusserlich blendend ihm in den Weg tritt, schon vor Zeiten als nichtig erkannt worden ist, wird er später als Arzt sich selbst und Anderen gegenüber die geläuterte Wissenschaft hochhalten, ohne dabei in öden Dogmatismus zu verfallen. Aber wenn es auch sehr zweckmässig ist, die Studirenden zu der Beschäftigung mit der Geschichte der Medizin zu nöthigen, so ist es doch überflüssig, diese in das Examen mit hineinzubringen. Den geschichtlichen Sinn soll der Arzt haben — der lässt sich aber im Examen nicht feststellen, der geschichtliche Gedächtnisskram dagegen brauchte nicht noch zu der Fülle des übrigen Prüfungsstoffes hinzugehäuft zu werden.

Aeusserst wichtig und im Prinzip sicher segensreich ist die Einführung des praktischen Jahres, dennoch wird dies wohl das Schmerzenskind der Reform werden. Schon dringt bis in die Tagespresse der Streit darüber, wer denn die „erfahrenen und bewährten Aerzte" sein sollen, denen die praktische Fortbildung der Geprüften anvertraut werden soll. Die Krankenhausleiter werden voraussichtlich nicht ausreichen, um die jungen Hülfsärzte ausreichend zu beschäftigen. Eine Anzahl von Praktikern wird herangezogen werden müssen und die Auswahl dieser wird sehr schwierig sein. Manche halten es für selbstverständlich, dass nur die Kassen- und Armenärzte herangezogen werden sollen; das wäre aber unsres Erachtens durchaus kein idealer Zustand: Die beste Gelegenheit zur Ausbildung würde bei einem tüchtigen Arzte mit reichlich gemischter Praxis in einem kleinen oder mittleren Orte gegeben; in den grossen Städten absorbiren ja die Polikliniken bezw. die Spezialisten gewisse Zweige der ärztlichen Berufsthätigkeit, besonders die so ungemein wichtige Geburtshülfe, in der auf der Universität selten auch nur ein bescheidener Grad von Uebung gewonnen wird, fast ganz. Aber das sind noch die minder schwierigen Fragen.

Bedenklicher ist beispielsweise die Frage, nach welchem Prinzip die Hülfsärzte an die einzelnen bewährten Meister vertheilt werden sollen. Soll da freie Konkurrenz obwalten? Dann würde alles nach den grossen und berühmten Krankenhäusern drängen, diese würden ihre Auswahl nach Belieben treffen und wahrscheinlich würden oft genug den Lehrern, deren Material oder deren Lehrfähigkeit am geringsten wäre, die Schüler zufallen, die am meisten belehrugsbedürftig sind. Weiter aber: wenn den ärztlichen Lehrmeistern die Entscheidung darüber zusteht, ob das praktische Jahr ordnungsgemäss und vorwurfsfrei durchgemacht ist, wer ist dann der Richter, wenn ein Streit zwischen Lehrer und Schüler ausbricht, wenn der letztere sich ungerecht beurtheilt oder ungenügend gefördert glaubt? Ferner: Wird es angängig sein, dass der Hülfsarzt seine Stellung während des praktischen Jahres freiwillig wechselt? Wir wollen hoffen, dass die Prüfungsordnung Mittel gewähren wird, an allen diesen Klippen glücklich vorbeizukommen, vermuthlich aber wird ein Stadium unerquicklichen Probirens nicht vermieden werden können.

Die Aenderung der Zulassungsbedingungen ist ein Gegenstand, der schon früher an dieser Stelle kurz erörtert wurde

und dessen gründliche Besprechung über den hier zur Verfügung stehenden Raum hinausgehen würde. Es ist ein Experiment, das vielleicht gut abläuft, dessen Ausgang aber der ärztliche Stand nicht ohne ernste Sorgen entgegensieht. Wieweit die Verteuerung des Studiums, die hauptsächlich in seiner Verlängerung mit gegeben ist, eine steigende Ueberfüllung des Berufes verhindern wird, bleibt abzuwarten.

Reichs-Gesundheitsrath.

Der am 1. Januar 1901 ins Leben tretende Reichs-Gesundheitsrath ist jetzt gebildet und wird demnächst eine besondere Geschäftsordnung erhalten, in der namentlich bestimmt werden wird, dass er in besondere Ausschüsse getheilt werden soll, die die verschiedenen Fragen zu berathen und zu bearbeiten haben werden. Die durch Beschluss des Bundesraths vom 17. Februar 1887 errichtete ständige Kommission für Bearbeitung des deutschen Arzneibuchs soll in dem Reichsgesundheitsrath aufgehen, der nach den endgiltigen Beschlüssen des Bundesraths in den nächsten fünf Jahren aus 73 Mitgliedern (es waren ursprünglich nur 69 vorgesehen) bestehen soll. (Voss. Ztg.)

Wer trägt die Kosten für ärztliche Gutachten über Invaliditätsanwärter.

Das Reichs-Versicherungsamt hat anlässlich eines Spezialfalles entschieden, dass die Versicherungsanstalten nicht verpflichtet sind, die Kosten für die ärztlichen Gutachten über Invalidenanwärter in allen Fällen zu tragen. Vielmehr ist durch das neue Invalidenversicherungsgesetz an dem grundsätzlichen Standpunkte des alten, wonach in erster Linie den Rentenbewerbern selbst die Kosten für die Gutachten zur Last fallen, nichts geändert.

Demgemäss werden also dann, wenn der Rentenbewerber ein Gutachten gleich mit dem Antrage einreicht, oder wenn er ein solches auf Erfordern der unteren Verwaltungsbehörde nachbringt, die Kosten für dieses Gutachten lediglich von dem Rentenbewerber zu tragen sein, soweit nicht auf Grund eines Uebereinkommens der Versicherungsanstalt mit der Aerzteschaft ein Theil der Kosten von jener getragen wird. Soweit aber die untere Verwaltungsbehörde ihrerseits den Rentenanwärter durch einen Arzt untersuchen lässt, sei es, dass der Sachverständige zum Verhandlungstermin vorgeladen wird, sei es, dass er veranlasst wird, den Rentenanwärter anderswo zu untersuchen und ein Gutachten einzusenden, sind die Kosten für diese Untersuchungen von den Versicherungsanstalten als baare Auslagen des Verfahrens zu tragen; denn es handelt sich hierbei um Angelegenheiten der Anstalt, in denen die untere Verwaltungsbehörde für sie nur die Geschäfte führt. Eine Belastung der Versicherungsanstalten in diesen Fällen wird um so weniger zu beanstanden sein, als sie bei sachgemässem Verfahren im Allgemeinen nur dann vorkommen werden, wenn anderweit das Vorhandensein der Invalidität glaubhaft gemacht ist, oder wenn bereits ein Zeugniss beigebracht ist, aber nicht als ausreichend erachtet wird. Inwieweit die Ortsarmenverbände verpflichtet sind, bedürftigen Rentenbewerbern bei Beschaffung der ärztlichen Gutachten behilflich zu sein, richtet sich lediglich nach den landesgesetzlichen Bestimmungen und entzieht sich deshalb der Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt. Das letztere hat den Invalidenversicherungsanstalten von dieser Entscheidung Kenntniss gegeben und der Annahme Ausdruck gegeben, dass die unteren Verwaltungsbehörden nicht in zu ausgedehntem Masse selbst ärztliche Gutachten anordnen werden, anstatt zunächst den Rentenbewerber zur Beibringung eines ärztlichen Gutachtens oder anderweiter Glaubhaftmachung seiner Invalidität anzuhalten. Sollte gleichwohl ausnahmsweise ein solcher Fall eintreten, so wird voraussichtlich durch unmittelbares Benehmen der Versicherungsanstalt mit der unteren Verwaltungsbehörde und erforderlichen Falls durch eine Vorstellung bei der vorgesetzten Dienststelle Abhilfe zu erreichen sein. Endlich erwähnt das Amt noch, dass einige Landesversicherungsanstalten wie Ostpreussen, Pommern, Berlin, Schleswig, Elsass-Lothringen, Vertrauensärzte bestellt oder doch die Kosten für die sämmtlichen Untersuchungen übernommen haben und ihr Verfahren als zweckmässig empfehlen. (D. Arb.-Ztg.

Sitzgelegenheiten für Verkäufer.

Durch Erlass des Reichskanzlers vom 28. Nov. 1900 ist einem gesundheitlichen Uebelstande ein Ziel gesetzt worden, welcher besonders in den grossen Städten eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, besonders für die weiblichen Geschäftsangestellten gehabt hat: Dem Fehlen von Sitzgelegenheiten in Kaufläden. Der Erlass lautet: „Auf Grund von § 139a Abs. 1 der Gewerbeordnung hat der Bundesrath über die Einrichtung von Sitzgelegenheit für Angestellte in offenen Verkaufsstellen folgende Bestimmungen erlassen: 1. In denjenigen Räumen der offenen Verkaufsstellen, in welchen die Kundschaft bedient wird, sowie in den zu solchen Verkaufsstellen gehörenden Schreibstuben (Kontoren) muss für die daselbst beschäftigten Gehilfen und Lehrlinge eine nach der Zahl dieser Personen ausreichende geeignete Sitzgelegenheit vorhanden sein. Für die mit der Bedienung der Kundschaft beschäftigten Personen muss die Sitzgelegenheit so eingerichtet sein, dass sie auch während kürzerer Arbeitsunterbrechungen benutzt werden kann. Die Benutzung der Sitzgelegenheit muss den bezeichneten Personen während der Zeit, in welcher sie durch ihre Beschäftigung nicht daran gehindert sind, gestattet werden. 2. Unberührt bleibt die Befugniss der zuständigen Behörden, im Wege der Verfügung für einzelne offene Verkaufsstellen (§ 139 h Abs. 2 a. a. O.) zu bestimmen, welchen besonderen Anforderungen die Sitzgelegenheit in Rücksicht auf die Zahl der Personen, für welche sie bestimmt ist, sowie hinsichtlich ihrer Lage und Beschaffenheit genügen muss. 3. Die vorstehenden Bestimmungen treten mit dem 1. April 1901 in Kraft.

Das Ende der Homoeopathie in Ungarn.

Unter diesem Titel berichtet der Intern. Pharm. Gen.-Anz., dass der Professor der Homoeopathie an der Univesität Budapest, wohl der letzte seines Zeichens, seine Pensionirung erbeten hat. Der alte Herr hat die homoeopathische Abtheilung des Rochuskrankenhauses in Pest 30 Jahre lang geleitet, aber seiner Hörer waren so wenige, dass er selbst zu seinen Assistenten Anhänger der „Schulmedizin" wählen musste. Jetzt hat der Hospitalsleiter beantragt, die homoeopathische Abtheilung eingehen zu lassen.

Im Preussischen Landtag aber erhebt sich bei jeder Medizinaletats-Berathung irgend ein Anhänger der Hahnemannschen Lehre, um die Errichtung homoeopathischer Lehrstühle in Preussen anzuregen. Wie lange wohl noch?

Druckfehler-Berichtigung.

Im Sachregister für 1900 lies bei „Unterleibsquetschungen" statt 000 — 227.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 84) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 2. | Ausgegeben am 15. Januar.

Inhalt:

Epilepsie und Trauma.

Nach einem am 13. Oktober 1900 im bahnärztlichen Verein zu Berlin gehaltenen Vortrag.

Von
E. Mendel.

Von Alters her hat man die Entstehung der Epilepsie in ursächlichen Zusammenhang mit einem Trauma, speziell einer Kopfverletzung, gebracht. Nicht allzuschwer wurde es, in jedem Fall bei eingehendem Krankenexamen, besonders bei Kindern, in der Anamnese irgend einen Fall auf den Kopf mit oder ohne äussere Verletzung zu finden, welcher angeblich dem ersten epileptischen Anfall vorangegangen sein sollte. Dabei liess man der Länge des Intervalls, welches zwischen der Verletzung und dem ersten Anfall bestanden hatte, einen sehr weiten Spielraum — selbst Dezennien ungestörten Befindens in diesem Zwischenraum boten kein Hinderniss, Trauma und Epilepsie in ursächlichen Zusammenhang zu bringen.

Dass zuweilen das Trauma selbst die Folge eines ersten Insults wurde, ward oft nicht berücksichtigt.

Noch bis in die allerneuste Zeit lässt sich nachweisen, wie kasuistische Mittheilungen in mit Recht gerühmten Lehrbüchern, der Theorie jenes Zusammenhanges zu Liebe, eine Kritik der thatsächlichen Verhältnisse vermissen lassen.

Die Entscheidung über den Zusammenhang zwischen Trauma und Epilepsie hat nicht bloss eine theoretisch-wissenschaftliche Bedeutung. Auf der einen Seite sind die staatlichen und privaten Unfallversicherungen in erheblicher Weise dabei interessirt, ob in einem vorliegenden Fall von Epilepsie der Unfall die Ursache derselben ist, auf der anderen Seite erscheint, wenn Trauma des Kopfes thatsächlich eine häufige Ursache der Epilepsie ist, der operative Eingriff an der Stelle des als Ursache angenommenen Traumas naheliegend.

Wie stellen sich die Verhältnisse thatsächlich?

Lassen Sie mich zuerst von denjenigen Fällen von Epilepsie sprechen, bei denen der erste epileptische Anfall frühestens nach dem 25. Lebensjahr auftritt.

Tritt in diesem Alter nach einem Trauma ein epileptischer Anfall auf und wiederholen sich solche Anfälle in gewissen Zwischenräumen im weiteren Verlauf, so haben wir, ehe wir von einer Epilepsie durch Trauma sprechen, Folgendes in Erwägung zu ziehen:

1. Das Trauma hat durch Schädelbruch, Blutungen in die Schädelhöhle u. s. w. eine materielle Erkrankung des Hirns

hervorgerufen. Die Anfälle haben häufig den Charakter der cortikalen oder Jackson'schen Epilepsie, doch können sie auch unter dem typischen Bilde der genuinen Epilepsie auftreten. Es bestehen in der Zeit zwischen den Anfällen Lähmungssymptome an den Pupillen, im Gebiete des Facialis, Hypoglossus u. s. w.

Hier handelt es sich nicht um eine Epilepsie, sondern um epileptische Anfälle, welche einer grob materiellen Hirnerkrankung ihre Entstehung verdanken, wie sie bei der genuinen Epilepsie nicht gefunden wird.

2. Das Trauma hat einen Alkoholiker getroffen, und in dem vorher erkrankten Gehirn epileptische Anfälle ausgelöst. Es entsteht das klinische Bild der Alkoholepilepsie, das schon dadurch von der genuinen Epilepsie sich unterscheidet, dass mit der Entziehung des Alkohols — besonders in frischen Fällen — auch die epileptischen Insulte wegbleiben, während eine genuine Epilepsie durch Meidung von alkoholhaltigen Getränken allein nicht wesentlich beeinflusst wird.

3. Das Trauma hat in dem syphilitisch erkrankten Hirn epileptische Krämpfe hervorgebracht; es handelt sich um eine syphilitische, nicht um eine traumatische Epilepsie.

4. Das Trauma löst hystero-epileptische Anfälle aus, welche nicht bloss wegen des klinischen Bildes, sondern auch in Bezug auf Verlauf, wie in Bezug auf Prognose und den Einfluss der Therapie ganz anders zu beurtheilen sind, wie die genuine Epilepsie.

5. Eine durch ein Trauma entstandene Narbe wird allmählich zum Ausgangspunkt epileptischer Anfälle — der sogenannten Reflexepilepsie, einer Form, welche häufig beschrieben, aber m Verhältniss zur genuinen Epilepsie sehr selten vorkommt.

Mit der genuinen Epilepsie darf diese Reflexepilepsie nicht zusammengeworfen werden.

Scheidet man all die Fälle aus, welche in eine der erwähnten Kategorien gehören, und unter denen besonders häufig die symptomatische Epilepsie ad 1, und die Alkoholepilepsie in Frage kommt, so bleibt eine recht kleine Zahl von Fällen über, in welchen man bei Erwachsenen ein Trauma mit einer angeblich nachfolgenden Epilepsie in ursächlichen Zusammenhang bringen kann.

Wiederholt ist es mir gelungen, da, wo auf den ersten Blick ein solcher Zusammenhang zu bestehen schien, nachzuweisen, dass der nach dem Trauma aufgetretene epileptische Anfall nicht der erste war, sondern seine Vorgänger vor dem Trauma hatte, wiederholt auch, dass der Unfall (z. B. Sturz von der Leiter mit nachfolgendem epileptischen Anfall) selbst dem den Anfall einleitenden oder auch ihn ersetzenden Schwindel seine Entstehung verdankt.

Bei einer recht ausgedehnten Untersuchung und Begutachtung von Unfallskranken, habe ich bei Erwachsenen nur einen einzigen Fall gefunden, bei welchem, wenn auch nicht mit Sicherheit, doch mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang von Unfall und Epilepsie angenommen werden könnte.

Es handelt sich um einen 31jährigen Bergmann, bei dem erbliche Anlage, Lues und Alkoholismus auszuschliessen waren, der drei Jahre seiner Militairpflicht genügt hatte, nie nennenswerth krank gewesen sein wollte, und den am 15. Juni 1894 der 16 Pfund schwere Hammer seines Mitarbeiters auf die linke Schädelseite traf.

Er wurde auf einige Minuten bewusstlos, hatte eine blutende Wunde am Kopf, welche ohne Eiterung heilte, es trat weder Fieber noch Erbrechen auf. Der Verletzte arbeitete am Tage der Verletzung noch ca. 4 Stunden bis zum Abend, und setzte auch die Arbeit bis zum 5. September 1894 nicht aus. An diesem Tage traten drei epileptische Anfälle mit Verlust des Bewusstseins und Zungenbiss auf. Nach 10 Tagen begann er wieder seine Arbeit. Am 8. November 1894 erneuter Anfall.

In langen Zwischenräumen kehrten diese Anfälle wieder. In der Zeit vom 16. Juli 1897 bis zur Mitte des Jahres 1900 hat er im Ganzen drei Anfälle gehabt.

Bei der vierwöchentlichen Beobachtung in meiner Klinik trat kein Anfall auf. Ausser einer etwa 2 cm langen von Haaren entblössten Hautnarbe auf dem linken Seitenwandbein, welche mit dem Knochen nicht verwachsen war, bot der Verletzte keinerlei objektives Symptom irgend einer Erkrankung, speziell auch keinerlei Lähmungssymptome an Pupillen, Facialis u. s. w.

Hier ist das Vorhandensein einer genuinen Epilepsie nicht zweifelhaft und das Intervall zwischen Trauma und dem ersten Anfall ist ($2^1/_2$ Monat) nicht zu lang, als dass man bei der grossen Gewalt, mit welcher der Kopf getroffen und bei dem Mangel jedes anderen nachweisbaren ätiologischen Moments nicht berechtigt wäre, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Epilepsie anzunehmen.

Wenn ich nun unter den vielen Hunderten von Unfallverletzten meiner Beobachtung, welche ein Kopftrauma davon getragen, nur einen Einzigen finden konnte, bei dem thatsächlich Epilepsie auf das Trauma bezogen werden konnte, halte ich mich zu dem Ausspruch berechtigt, dass bei Erwachsenen nur ganz ausnahmsweise genuine Epilepsie als Folge eines Traumas, speziell eines Kopftraumas auftritt.

Anders verhält sich die Sache unzweifelhaft im jugendlichen Alter und bei Kindern. Aber auch hier wird die Bedeutung des Traumas für die Entstehung einer genuinen Epilepsie meiner Erfahrung nach weit überschätzt.

Die entweder auf Befragen des Arztes oder auch aus eigner Initiative der Angehörigen als Ursache der Epilepsie beschuldigten Kopfverletzungen werden nur zu oft bei wiederholtem Examen oder nach genauerer Nachforschung in ihrer ursächlichen Bedeutung sehr zweifelhaft. Bei einem $18^1/_2$jährigen Lehrling, welcher seit ca. fünf Jahren an epileptischen Anfällen litt, wurde als Ursache angegeben, dass er im Alter von $11^1/_2$ Jahren mit dem Hinterkopf bei Glatteis auf das Strassenpflaster gefallen und noch davon eine Hautnarbe hat.

Schliesslich konnte festgestellt werden, dass der Kranke schon von Jugend auf ungewöhnlich viel Bier trank (sein Vater hatte eine Gastwirthschaft) und dass sich zu der Zeit, als der erste Anfall im 14. Lebensjahr aufgetreten war, der tägliche Konsum bis auf sechs Seidel gesteigert hatte.

Wenn man zweifelhaft sein kann, ob das Trauma oder der Alkoholmissbrauch, dessen höchste Steigerung mit dem Auftreten des ersten epileptischen Anfalls zeitlich zusammenfällt, hier die Ursache der epileptischen Anfälle war, so ergab die klinische Beobachtung durch die begleitenden Erscheinungen wie der weitere Verlauf, dass es sich um Alkoholepilepsie handelte.

Es giebt nun aber unzweifelhaft Fälle, in welchen selbst bei weitgehender Kritik kaum ein anderes ätiologisches Moment für eine genuine Epilepsie gefunden werden kann, als im Trauma des Kopfes.

Allerdings kann ich hierher in der Regel nicht die Fälle rechnen, in welchen erhebliche Narben am Kopf, Verwachsungen derselben mit dem Schädel, Impressionen desselben u. s. w. bestehen.

Ein Theil der hierher gehörigen Fälle, in welchen durch die chirurgischen Eingriffe andauernde Heilung erzielt wurde, gehören in das Gebiet der symptomatischen, ein anderer Theil zu der Hystero-Epilepsie, andere endlich in das Gebiet der Reflexepilepsie. Gegen eine solche Beschränkung der Bedeutung der Kopfverletzung für die Entstehung der Epilepsie könnte man einwenden, dass das Experiment am Meerschweinchen,

speziell die Westphal'schen Versuche, durch wiederholtes Klopfen auf die Schädel derselben epileptische Anfälle hervorzurufen, direkt den Nachweis gestattet, wie ein Trauma die Epilepsie hervorrufen kann. Wer aber derartige Anfälle bei Meerschweinchen gesehen hat, wird zugeben müssen, dass sie sich wesentlich von den Anfällen der genuinen Epilepsie unterscheiden, vor Allem lehrt der Augenschein, dass ein Bewusstseinsverlust bei denselben nicht stattfindet und die Hervorrufung der Anfälle durch Kneifen der Gesichtshaut lässt jene epileptischen Anfälle in das Gebiet der Reflexepilepsie einreihen.

Viel bedeutsamer für die Entstehung der genuinen Epilepsie erscheint mir, besonders bei Kindern, das psychische Trauma.

Bei einem 18jährigen jungen Mann meiner Beobachtung entwickelten sich typische epileptische Anfälle, nachdem er unvermuthet auf die Leiche seines Onkels, welcher sich erhängt hatte, gestossen war.

Ein 12jähriges Mädchen bekam zuerst bei einem plötzlich auftretenden Brande einen epileptischen Anfall.

Die Anfälle wiederholten sich erst in längeren Pausen, dann täglich; bis sie im Alter von 16 Jahren in meine Klinik kam.

Abgesehen von dem typischen Bilde, welches die Anfälle mit Ausstossen eines Schreies im Beginn, Zungenbiss und Incontinentia urinae boten, erwies sich die epileptische Natur der Anfälle durch das Sistiren derselben nach dem täglichen Gebrauch von 6 gr Bromkalium.

Fasse ich das praktische Resultat meiner Beobachtungen zusammen, so geht dies dahin, dass man im hohen Grade Bedenken tragen wird, eine bei einem Unfallverletzten vorhandene genuine Epilepsie auf den Unfall zurückzuführen, da bei Erwachsenen jedenfalls nur in seltenen Ausnahmefällen ein Trauma eine genuine Epilepsie hervorzurufen im Stande ist, und dass man auf der andern Seite sich nicht zu einem operativen Eingriff bei der Epilepsie entschliessen wird, wenn lediglich die Angabe des Kranken oder dessen Angehörigen von einer den epileptischen Anfällen vorangegangenen Kopfverletzung vorliegt, ohne dass die Untersuchung selbst sichere örtliche Anhaltspunkte für die Möglichkeit giebt, dass eine organisch bedingte Epilepsie vorliegen kann.

Dass im Uebrigen die Epilepsie auch nach anderer Richtung hin speziell für die Unfallgesetzgebung von Bedeutung sein kann, möge folgender, wie mir scheint, nicht uninteressanter Fall zeigen.

Am 8. April 1891 arbeitete der Bahnarbeiter X., welcher bereits seit ca. 9 Jahren bei der Eisenbahn beschäftigt war, zusammen mit anderen Bahnarbeitern auf dem Eisenbahngleise. Als der Schnellzug herankam, wurde er durch Winke und laute Zurufe seiner Mitarbeiter wie durch mehrfache mit der Dampfpfeife der Lokomotive gegebene Achtungssignale auf die ihm drohende Gefahr aufmerksam gemacht. X. bleibt jedoch unbeweglich stehen, sieht die Maschine an, sieht somit den Zug sich ihm stets nähern und wird schliesslich von der Maschine ergriffen, zur Seite geschleudert und stirbt eine Viertelstunde später.

X. war ein durchaus nüchterner, körperlich und geistig gesunder Mann, der in den besten Familienverhältnissen gelebt hatte, so dass nirgends ein Anlass zu einem Selbstmord ersichtlich war.

Die Eisenbahndirektion ersuchte mich um ein Gutachten, da „das Benehmen des X. unter Berücksichtigung seiner langjährigen ständigen Beschäftigung als Rottenarbeiter, seiner Vertrautheit mit den besonderen Pflichten der Rottenarbeiter beim Passiren des Zuges, seines normalen Gehörs, seines nüchternen Charakters u. s. w. ein so auffallendes war, dass, wenn nicht Selbstmord, aus irgend einer unbekannten Ursache gewollt, angenommen werden soll, auf eine plötzlich bei ihm eingetretene geistige Störung geschlossen werden muss."

Die auf meine Veranlassung zum Zweck des Gutachtens vorgenommene Vernehmung der Zeugen erstreckte sich

1. auf seine häuslichen Verhältnisse und auf etwa gegen ihn vorliegende polizeiliche oder gerichtliche Untersuchungen.
2. Auf eine etwa vorhanden gewesene Melancholie.
3. Auf Epilepsie.

Die Beantwortung der nach der letzteren Richtung hin aufgestellten Fragen ergab, dass die Arbeitsgenossen bei dem Verunglückten seit Jahren wiederholt auftretende kurze Anfälle von Bewusstlosigkeit, auch mit Zuckungen verbunden, beobachtet hatten, und auch dem Führer der Maschine, welche ihn überfahren, das Starre seiner Augen und seines Gesichtsausdruckes aufgefallen war.

Es konnte danach nach Ausschluss aller andern Möglichkeiten nicht zweifelhaft sein, dass X. im epileptischen Anfall sein Leben eingebüsst hatte und dadurch wurde seiner Frau und seinen Kindern die Rente gesichert.

Die Abgrenzung von Unfall und Krankheit.

Von

Dr. C. **Kaufmann**-Zürich.

(Schluss.)

Die Regel, wonach die bei gewohnter Betriebsarbeit entstandene Körperschädigung nicht entschädigungspflichtig ist, erleidet eine scheinbare Ausnahme für die Wundkrankheiten. Wenn die Infektion einer beliebig entstandenen Wunde bei der Arbeit erfolgt, so liegt ein Betriebsunfall vor. Allein für diesen Unfall bildet die Infektion, das bei der Arbeit erfolgende Eindringen von Infektionserregern in die Wunde das besondere Unfallereigniss. Dieses Ereigniss lässt sich bei der Ubiquität und der grossen Schwierigkeit der Erkenntniss jener Infektionserreger nicht immer bestimmt nachweisen, doch ist es für uns Aerzte als Ursache der Wundkrankheiten so sicher gestellt, dass wir aus letzteren ohne weiteres den Rückschluss auf die vorhergegangene Infektion ziehen müssen.

Die vorstehenden Ausführungen über die Voraussetzungen für die Annahme von Unfallkrankheiten fordern als solche Voraussetzungen neben den ärztlichen Feststellungen den sichern Nachweis eines besondern Unfallereignisses oder einer aussergewöhnlichen Anstrengung als Ursache der Krankheit, verneinen jedoch die Zugehörigkeit aller ohne diese Voraussetzungen bei der gewohnten betriebsüblichen Arbeit plötzlich auftretenden Erkrankungen zur Unfallversicherung.

II. Die Zugehörigkeit der zweifelhaften Verletzungen zur Unfall- oder Krankenversicherung.

Es giebt einige häufig vorkommende Körperschädigungen, welche plötzlich während der Arbeit einsetzen können, deren exakte Deutung entweder dem Arzte unmöglich ist oder über deren Wesen verschiedene Auffassungen bestehen, indem sie bald als Verletzungen, bald als Krankheiten betrachtet werden. Ich fasse diese Körperschädigungen zusammen in der Bezeichnung „zweifelhafte Verletzungen". Die Voraussetzungen für ihre Zugehörigkeit zur Unfall- oder Krankenversicherung zu kennen, ist bei ihrer grossen Häufigkeit von besonderer Bedeutung.

Der Lendenschmerz oder Hexenschuss, die Lumbago ist wohl der wichtigste Repräsentant dieser unbestimmten Körperschädigungen. Wenn sie bei einer beliebigen Drehung im Bette oder beim Ankleiden oder Auskleiden auf

tritt, so ist die Diagnose Lumbago rheumatica, rheumatischer Hexenschuss sofort gestellt. Ganz anders aber, wenn sie bei einem versicherten Arbeiter während der Arbeit auftritt! Der Kranke kommt mit bedenklicher Miene zum Arzt und macht die Angabe, es hätte in seinem Rücken oder Kreuz gekracht, oder es sei etwas gerissen oder gesprungen und der heftigen Schmerzen wegen könne er es nicht mehr aushalten. Der Befund ist immer negativ, die Angaben des Kranken genügen jedoch vielen Aerzten, einen Unfallschein mit der Diagnose Zerrung, Dehnung, Zerreissung der Lendenmuskulatur oder Lumbago traumatica auszustellen. Dabei ist es ganz gleichgiltig, ob die Schmerzen beim Heben und Tragen, oder beim Feilen, Hobeln, Bücken, Niederknien, Aufstehen u. s. w. aufgetreten sind.

Untersucht man ganz frische Fälle, so wird ausnahmslos eine kleinere oder grössere Stelle des Sacro-Lumbalschwulstes der einen Seite als Sitz der Schmerzen angegeben. Anhaltspunkte für die Annahme einer Muskelverletzung habe ich noch nie gefunden, trotzdem ich schon lange darauf fahnde. Bei magern Personen kann man die empfindliche Stelle sogar bimanuell abtasten, ich konnte auch hierbei nichts anderes fühlen, als was bei der rheumatischen Lumbago zu fühlen ist. Es handelt sich bei diesen bei gewohnter Betriebsarbeit plötzlich auftretenden Lendenschmerzen in der Regel auch um gar nichts anderes als um eine einfache Lumbago, davon bin ich fest überzeugt. Von Nerven-, Nieren- und Wirbelerkrankungen herrührende Schmerzen werden wohl gelegentlich in derselben Weise geltend gemacht, doch sind sie im Vergleich zur Lumbago sehr selten.

Ich habe im ersten Theile dieser Arbeit gezeigt, dass der Unfall stets ein besonderes Unfallereigniss zu seiner Voraussetzung haben muss. Die gewohnte Betriebsarbeit stellt ein solches Ereigniss ebenso wenig dar wie die Gesundheitsschädigung. Desswegen dürfen die bei jener plötzlich auftretenden Lendenschmerzen keinesfalls der Unfallversicherung zugewiesen werden. Indessen spreche ich ihnen nicht etwa der Theorie zu Liebe jede Beziehung zum Unfall ab, sondern auf Grund einer Jahre langen Beobachtung am Krankenbette, die alle Klassen der Bevölkerung und speziell Versicherte wie Nichtversicherte umfasst. Denn ausser dem Befunde spricht noch sehr viel für rheumatischen Lendenschmerz: zunächst die Häufung der Fälle zu Zeiten, wo die Rheumatiker überhaupt sich mit Klagen melden, dann der Verlauf und Erfolg der Behandlung. Ruhige Bettlage und die Applikation von Wärme, später Einreibungen und Douchen u. s. w. bringen ausnahmslos Heilung in 1—3 Wochen, vorausgesetzt, dass der Kranke die ärztlichen Verordnungen befolgt und befolgen kann. Die Verordnung von Einreibungen ist z. B. fast nutzlos, wenn der Arbeiter auf sich selbst angewiesen ist, sich also selbst seine Lende einreiben muss. Wie wenig wirkungsvoll das geschehen kann, lässt sich am eigenen Leibe feststellen!

Die nach Unfällen oder eigentlichen Ueberanstrengungen auftretenden Körperschädigungen der Lenden- und Kreuzgegend sind von der Lumbago rheumatica ganz verschieden. Nach direkten Gewalteinwirkungen vermisst man die Hauptzeichen der frischen Quetschung, die Schwellung, niemals im Bereiche der Haut oder der Muskulatur oder beider zusammen, ebenso ist auch die Verfärbung der Haut eine Zeitlang nachzuweisen.

Die durch aussergewöhnliche Anstrengung entstehenden Schädigungen betreffen meiner Erfahrung nach vorwiegend die Wirbelsäule und viel weniger die Muskulatur. Klinisch müssen leichte, mittelschwere und schwere Fälle unterschieden werden. Die ersteren zeigen die Erscheinungen leichter Distorsion an einem oder mehreren Wirbelgelenken. Sie heilen bei sofortiger ruhiger Bettlage und Applikation feuchter Wickel in 1—3 Wochen und lassen höchstens noch für weitere 3 bis 4 Wochen die Stelle der Verletzung durch mässigen Schmerz „fühlen". Die ambulante, ausschliesslich in der Verordnung von Einreibungen bestehende Behandlung, züchtet einen grossen Theil jener Unfallkranken, die ihr „Kreuz" nicht mehr los werden.

Die mittelschweren Fälle zeigen schwere Verstauchungs-Erscheinungen in einem Gelenke der Lendenwirbelsäule. Weitaus am häufigsten ist das Lumbo-Sacral-Gelenk, das Gelenk zwischen letztem Lenden- und erstem Kreuzwirbel, verletzt. Heldenbergh-Gand hat 1897 die Distorsion dieses Gelenkes ausführlich behandelt und sie als Lumbago traumatica Katexochen bezeichnet (Ref. Monatsschr. f. Unfallheilk. 1897, S. 97). Ich behandle die Fälle ganz wie die leichteren Verletzungen, jedoch länger und konsequenter mit Bettruhe und Wickeln. Wenn thunlich, werden in der Rekonvalescenz die noch bestehenden Schmerzen durch regelmässige Douchen gemildert und einige Zeit schweres Heben und Tragen verboten. Ich kenne keinen einzigen meiner eigenen, von Anfang an behandelten Fälle, der einen bleibenden erwerblichen Nachtheil davontrug, doch habe ich mehrere in späterer Zeit begutachtet, bei denen ich die Unmöglichkeit der Verrichtung schwerer Arbeit für längere Zeit zugeben musste.

In den schweren Fällen sind von Anfang an mehrere Gelenke der Lendenwirbelsäule oder die oberen Lenden- und unteren Brustwirbelgelenke betroffen. Es bestehen heftige Schmerzen im Bereiche der verletzten Gelenke bei allen Bewegungsversuchen, bei Druck und beim Zusammenstossen der Wirbelsäule. Als anatomische Veränderungen nahm ich früher neben denjenigen der Gelenkverstauchung noch die Quetschung der Zwischenwirbelscheiben an. Die Angaben von Wagner und Stolper auf S. 241—243 ihrer vorzüglichen Bearbeitung der Verletzungen der Wirbelsäule in der deutschen Chirurgie belehrten mich aber, dass die Kontusionen der Wirbelkörper sicherlich auch nicht fehlen. Solche Fälle müssen analog den Wirbelbrüchen mit langer Bettruhe behandelt werden. Sie hinterlassen öfters bleibende erwerbliche Folgen, die denen der einfachen Wirbelbrüche nahe kommen.

Mit Nachdruck betone ich nochmals, dass die vorstehenden Angaben über die nach schweren Anstrengungen zur Beobachtung kommenden Verletzungen der Lenden- und Kreuzwirbelsäule ausschliesslich aus den frisch in meine Behandlung gekommenen Fällen abstrahirt sind. Die zur Begutachtung kommenden Spätfälle sind, falls es sich um schwere Fälle handelt, nicht zu verkennen, leichtere und mittelschwere Fälle sind dagegen häufig verbummelt oder mit neurotischen Zugaben versehen und durchweg, zumal für die nach den Haftpflichtgesetzen vorgesehenen Kapitalentschädigungen schwierig zu beurtheilen.

Die Bezeichnung Lumbago traumatica, traumatischer Hexenschuss, ist zu unbestimmt und daher unbrauchbar.*) Ich

*) Ein Arzt der französischen Schweiz schrieb einer Zürcher Unfallversicherungsgesellschaft die folgende Definition: „Si par contre vous faites un effort pour soulever une pierre ou un corps quelconque, ou si vous voulez le retenir pour l'empêcher de tomber, et si à ce moment-là vous ressentez comme l'on dit, une décrochée dans les reins, vous avez là un lumbago traumatique." Wie bequem wäre doch diese Definition für den Arzt! Diagnose und Behandlung sind danach ja brieflich möglich. Leider müssten aber die Organe der Unfallversicherung dagegen protestiren, falls dies von ärztlicher Seite nicht geschehen würde. Denn die Definition spricht von dem „effort", von der körperlichen Anstrengung überhaupt und vergisst, dass ausschliesslich die Ueberanstrengung für die Unfallversicherung

möchte nur wünschen, dass jene begutachtenden Aerzte, die daran festhalten wollen, Gelegenheit fänden, neben den ihnen zur Genüge bekannten Spätfällen auch die frischen Fälle zu untersuchen und zu verfolgen.

So weit ich es zu beurtheilen vermag, sind die durch plötzlich entstehende Lenden- und Kreuzschmerzen charakterisirten Erkrankungen anatomisch und klinisch ganz verschieden, je nach ihrer Aetiologie. Die durch lokale Gewalteinwirkungen und aussergewöhnliche Anstrengungen, demnach unfallweise entstehenden Läsionen unterscheiden sich bei genauer Untersuchung deutlich von der spontanen oder bei der gewohnten Arbeitsverrichtung ohne Ueberanstrengung in die Erscheinung tretenden Erkrankung, für welche die Bezeichnung „Lumbago rheumatica“ meist passend ist. Eine Muskelzerrung oder -Zerreissung kann ihr aber unmöglich zu Grunde liegen, mag sie auch noch so oft und lange von Versicherten und Aerzten behauptet werden.

Wer an dem Wortlaute des Gesetzes, wonach nur Unfälle zu entschädigen sind, und an der Definition des Unfalles als eines besonderen die Körperschädigung bedingenden Ereignisses, welches niemals die blosse gewohnte und betriebsübliche Arbeitsverrichtung sein kann, festhält, wird die Meldung zu Händen der Unfallversicherung auf die unfallweise entstandenen Lenden- und Kreuzschmerzen beschränken. Dabei unterstützt ihn aber auch wesentlich die Ueberzeugung, dass er in medizinischer Hinsicht auf dem Boden einer gesicherten Erfahrung steht, welche eine scharfe Trennung der rheumatischen Erkrankungen von den eigentlichen Verletzungen fordert. Der mit haftpflichtigen und versicherten Unfällen sich beschäftigende Arzt begeht einen groben Fehler, wenn er bei gewohnter Betriebsarbeit ohne Unfallereigiss oder aussergewöhnliche Anstrengung in die Erscheinung tretende Körperschädigungen als Unfälle auffasst und anmeldet.

Auf Seite 7 meines Handbuches der Unfallverletzungen habe ich bereits eine kurze Angabe gemacht über fälschlich als Verletzungen gedeutete Gelenkaffektionen. Es sind zwei Gelenke, bei welchen dies häufiger vorkommt, nämlich das Schulter- und Kniegelenk.

Prüft man an beiden Gelenken die Weite der Bewegungsexkursionen bei ganz gesunden Personen, so ist man erstaunt darüber, wie manche derselben einzelne Bewegungen nicht bis an ihre normale Grenze auszunutzen vermögen. Der Grund hierfür liegt, wie ich glaube, darin, dass solche Personen die betreffenden Bewegungen nur ganz selten oder fast gar nicht auszuführen brauchen. Deswegen entsteht analog wie bei der Ruhigstellung der Gelenke eine Retraktion im Bereiche der selten in Anspruch genommenen Kapseltheile. Durch eine mässige Anstrengung oder eine die vollkommene Ausnutzung einer Gelenkbewegung erfordernde Arbeitsverrichtung werden die retrahirten Kapseltheile gedehnt und es kann dies ähnlich wie beim Mobilisiren eines plastisch versteiften Gelenkes unter hör- und fühlbarem Reissen geschehen. Die Schmerzen sind niemals heftig. Die gewöhnlichen Gelenkbewegungen sind schmerzlos, bloss das Forciren einzelner Bewegungen bis an ihre äusserste Grenze ist empfindlich. Wird letzteres ungeachtet der Schmerzen methodisch geübt, so verschwinden sie rasch. Um eine Distorsion des Gelenks handelt es sich aber trotz den Angaben über Reissen und Krachen u. s. w. nicht, sondern nur um die Dehnung eines zuvor leicht retrahirten Kapseltheiles, die letzteren binnen Kurzem sogar wieder leistungsfähiger als zuvor macht. Einen Gelenkerguss sieht man nie danach, ebensowenig heftigere Reizung. Dagegen wirkt die längere Schonung oder gar die Fixirung des Gelenks in einem Verbande regelmässig sehr schädlich, indem die zuvor schon leicht retrahirten Kapseltheile nun rasch noch mehr schrumpfen. Sehr lästige und schwere Gelenkversteifungen folgen aus diesem Grunde sehr oft nach.

Beim Oeffnen einer etwas fester schliessenden Thüre, beim Herunterholen einer Schachtel, eines Buches aus der Höhe reisst oder knackt es in der Schulter, beim in die Knie sitzen und folgenden Aufstehen, beim Vorstemmen der Beine usw. erfolgt dasselbe im Knie, aber Niemand wird hier von einem Unfalle sprechen. Denke man doch auch an diese alltäglichen Vorkommnisse, wenn der Glasbläser einen Unfall geltend machen will, der ihm zugestossen sei, als er die Pfeife mit einiger Kraft aus dem Feuer zog, oder der Putzer von Eisenbahnwagen, der einen Krach in der Schulter verspürt haben will, als er eine festschliessende Wagenthüre gewaltsam öffnete, was aber ohne Anstand mit einer Hand gelang, oder der Lokomotivheizer, der unter der Maschine Oel aufgegossen und beim Aufstehen, ohne dass etwas besonderes sich ereignete, Stiche in einem Kniegelenke empfand! Solche mässige Anstrengungen können niemals Gelenkverletzungen erzeugen

Am Kniegelenke konstatirt man nicht selten 1—2 Tage nach längerem Knien oder Hocken, aber auch nach dem Heben von mässigen Lasten einen Gelenkerguss als Ursache der vom Kranken wahrgenommenen Gelenkschwellung mit einem Gefühle der Spannung bei stärkerer Beugung. Der Erguss ist stets serös, wie man sich durch Punktion überzeugt und mässig gespannt. Er besteht immer schon seit langem entweder als Folge eines früheren Gelenkhämatoms oder einer chronisch serösen Synovitis aus andern Ursachen und hier nicht selten doppelseitig. Ein ganz geringer Anlass bedingt eine Zunahme des Ergusses, aber das ist noch lange keine Distorsion oder Kontusion des Knies und auch keine Verletzung der Semilunar-Knorpel. Alle solchen Fälle, wo ohne eigentliches Unfallereigniss oder aussergewöhnliche Anstrengung ein Kniegelenk-Erguss angeblich entstand, sind als Verschlimmerungen latent vorbestandener chronisch seröser Synovitiden aufzufassen. Die Unfallversicherung interessiren sie nur, sofern die Verschlimmerung zufolge eines Unfalles erfolgt. In den Staaten, wo die Haftpflichtgesetze zu Rechte bestehen, demnach die Unfälle für den Arbeitgeber eine viel bedeutendere finanzielle Tragweite haben, ist es für die Aerzte recht wichtig, dass sie die Unfallanzeigen niemals leichtfertig machen. Das gilt für die uns beschäftigenden Knieaffektionen in besonderem Grade, einmal wegen ihrer Häufigkeit und sodann wegen der stets gezogenen Folgerung der grossen Neigung zu Recidiven und der Unheilbarkeit des chronischen Ergusses.

Eine ganz falsche Deutung erfährt gelegentlich auch die Tenosynovitis crepitans der Daumensehnen, indem sie als Sehnenzerreissung oder Quetschung angemeldet wird. Nicht als Verletzung, sondern als plötzlich zufolge besonderer Anstrengung entstehende Krankheit ist sie entschädigungspflichtig.

Das Rekursgericht des Reichsversicherungsamtes hat

---

und die Haftpflicht in Frage kommen kann. P. Berger hatte in ähnlicher Weise die „Hernie de force“ aufgefasst und für sie eine Frequenz von 30,8 pCt. aller Hernien berechnet, während sich aus der deutschen Unfallstatistik pro 1897 für die entschädigungspflichtigen Hernien bloss eine Frequenz von 10,8 pCt. aller Brucherkrankungen und von 1,42 pCt. aller Unfallverletzungen ergiebt. Für die Hernien würde demnach von 3 Fällen von „effort“ bloss ein einziger entschädigungspflichtig sein. Für die Lumbago ist die Frequenz meiner Erfahrung nach viel geringer. In der Schweiz wird die mit 1. Januar 1901 in Kraft tretende Kollektiv-Versicherung der Landwirthe die Aerzte zwingen, von der Diagnose der Lumbago traumatica ganz abzusehen, da gemäss § 7a jener Versicherung die Lumbago überhaupt nicht als Unfall gilt. Ich halte das für vollkommen richtig.

schon öfters in seinen Entscheidungen angenommen, dass unter Umständen auch die erlittene Körperverletzung selbst als der von dem Gesetze bezeichnete Unfall anzusehen sei (vgl. Amtl. Umfr. 1886 No. 230 S. 274) und es hat namentlich Muskelzerrungen und -Zerreissungen und Sehnenverstreckungen oder -Zerreissungen als solche Körperverletzungen bezeichnet. Ich muss es aber nach meinen Erfahrungen an den frisch zur Untersuchung gekommenen Fällen bestreiten, dass jene Verletzungen bei gewohnter Betriebsarbeit, auch wenn sie eine schwere und anstrengende Arbeit darstellt, ohne ein besonderes Unfallereigniss oder eine Ueberanstrengung entstehen können. Auch die bis jetzt veröffentlichten Unfallstatistiken enthalten keine Belege für die gegentheilige Annahme. Die einschlägigen Entscheidungen über jene bei der gewohnten Betriebsarbeit entstandenen Muskel- und Sehnenverletzungen zerfallen in solche, bei welchen die Diagnose zweifelhaft ist und in solche, bei welchen sie völlig sicher steht. Ueber die ersteren klären die vorstehenden Erörterungen zur Genüge auf, bei den letzteren halte ich die Motivirung nicht für zutreffend. Ich will dies nur an einem Beispiele zeigen.

Rek. Entsch. des bayerischen Landesversicherungsamtes vom 10. Juni 1896 (Bd. X der Kompass-Sammlung No. 16 S. 244): Ein Bauer liess einen Schuhflicker als Lohn für gelieferte Schuhmacherarbeiten einen Wiesentheil abnutzen. Während dieser Schuhflicker das Gras mähte, verspürte er mit einmal beim rechten Schulterblatt einen starken Riss, worauf ihm die Sense aus der Hand fiel und er nicht mehr arbeiten konnte. Wie der Arzt alsbald feststellte, war ein Abreissen des kurzen Kopfes des rechten doppelköpfigen Oberarmmuskels vom Rabenschnabelfortsatz erfolgt, wodurch der Verletzte in seiner Erwerbsfähigkeit dauernd beschränkt wurde. Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht hatten den Fall abgewiesen, letzteres weil es annahm, dass die Körperschädigung des Verletzten durch dessen konstitutionelle Anlage und seine in Folge des Alters hervorgerufene Schwäche verursacht worden sei. Das Landesversicherungsamt verurtheilte die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung des Falles unter folgender Motivirung: „Aus der glaubwürdigen Darstellung des Vorganges durch den Verletzten, dessen Behauptungen auch anderweitig unterstützt wurden, ergiebt sich, dass der Betrieb seinen Unfall verursacht hat. Nicht gelegentlich des Mähens sondern in Folge des Mähens trat die Zerreissung des Muskelbandes ein; die durch das Mähen erforderliche starke Bewegung des Armes, bei welcher stets mit der Gefahr der Verrenkung und Aehnlichem zu rechnen ist, war in Verbindung mit der durch das Alter erzeugten Körperschwäche im Stande, eine solche Zerstörung herbeizuführen. Es ist nicht nothwendig, dass es sich dabei um ein ausserordentliches, den Betrieb an sich störendes Ereigniss handelt; die erlittene Schädigung selbst, auch wenn sie durch eine normale, aber mit Betriebsgefahren verbundene Thätigkeit verursacht wurde, kann als der vom Gesetze bezeichnete Unfall angesehen werden."

Eine glückliche Feder hat diese Motivirung kaum verfasst. Schon die Annahme, dass die Körperschädigung nicht gelegentlich des Mähens, sondern in Folge des Mähens entstanden sei, erscheint etwas geschraubt; die fernere Annahme aber, dass man beim Mähen stets mit der Gefahr der Verrenkung und Aehnlichem rechnen müsse, steht sowohl in Widerspruch mit den Angaben der landwirthschaftlichen Unfallstatistik (Vgl. Amtl. Nachr. 1893, S. 407: Unfälle durch Sensen, Sicheln u. s. w.) als mit der Erfahrung. Endlich verträgt sich, wie ich dies früher schon ausführte, die Angabe, dass die erlittene Körperschädigung selbst als der vom Gesetze bezeichnete Unfall angesehen werden könne, gar nicht mit der Definition des Unfalles, welche ein besonderes Unfallereigniss verlangt, das die Körperschädigung bedingt. Wie viel einfacher würde sich die Motivirung gestalten, wenn sie davon ausginge, dass der verletzte Schuhflicker des Mähens nicht kundig, die anstrengende Arbeit ihm deswegen auch ungewohnt war! Die für den Versicherten ungewohnte Anstrengung bildet sehr oft auch eine ungewöhnliche oder Ueberanstrengung. Die letztere liegt zweifellos immer dann vor, wenn, wie in unserem Falle, eine deutliche Verletzung während einer anstrengenden Arbeit ohne ein besonderes Unfallereigniss entstanden ist. Bei Annahme der Ueberanstrengung verliert der Fall jede Besonderheit und wird die Berechtigung auf Entschädigung durch die Unfallversicherung allgemein verständlich. Jeder Landwirth weiss, wie schwer ein ungeübter Mäher arbeitet, wie oft er die Sense nicht durchzuziehen vermag und dabei die Sense oder sich selbst schädigt. Auch der Arzt kennt die Körperschädigungen bei ungewohnter schwerer Arbeit zur Genüge. Gerade der Biceps-Riss ist unter dieser Verumständung schon beobachtet worden. Nach Bardenheuer (Deutsch. Chir. B. 63, S. 577) entstand er z. B. bei einem Philologen, als er eine Kugel mit gebeugtem Arme fortschleudern wollte. Das Rekursgericht des Reichsversicherungsamtes hat die Bedeutung der ungewohnten Anstrengung schon sehr oft hervorgehoben, besonders deutlich in der Entscheidung Bd. 7, No. 233, S. 130 der Kompass-Sammlung.

Aus der Zusammenfassung der vorstehenden Ausführungen ergiebt sich die Schlussfolgerung, dass eine Körperschädigung, gleichviel ob Verletzung oder Erkrankung, nur dann als Objekt der Unfallversicherung oder Haftpflicht betrachtet werden darf, wenn sich ihre Entstehung oder Verschlimmerung auf ein besonderes Unfallereigniss oder eine dem letzteren rechtlich gleichstehende Ueberanstrengung zurückführen lässt. Es kann aber niemals die Körperschädigung als solche als der vom Gesetze bezeichnete Unfall angesehen werden und ebensowenig gehören die bei gewöhnlicher und gewohnter Betriebsarbeit sich ereignenden Körperschädigungen in die Unfallversicherung oder unter die Haftpflicht.

Diese Auffassung stützt sich sowohl auf die Definition des Unfalls als auf die Gesetzesbestimmungen. Letztere können zwar in einigen früheren Haftpflichtgesetzen, z. B. in dem schweizerischen, als ungenügend erscheinen, dagegen lassen die sämmtlichen neuern Gesetze an Klarheit nichts zu wünschen übrig. So bestimmt das englische Gesetz vom 6. August 1897 in Art. 1: „Sofern in irgend einer Beschäftigungsart, auf welche dieses Gesetz Bezug hat, einem Arbeiter durch einen in Folge und im Laufe seiner Beschäftigung sich ereignenden Unfall eine persönliche Verletzung zustösst u. s. w.

Die Kenntniss dessen, was ein Unfall ist und nicht ist, scheint mir vor Allem für die Aerzte nothwendig. Desswegen habe ich diese Arbeit auch einer medizinischen Zeitschrift übergeben. Meine Erfahrung lässt mich hoffen, dass wenn einmal die Unfallmeldungen von Seite der Aerzte in völlig sachgemässer Weise erfolgen, die Zahl jener die Judikatur so sehr belästigenden unsichern Schadenansprüche erheblich zurückgehen wird. Allerdings dürfen auch die Schieds- und Rekursgerichte der Definition des „Unfalles" und ihren Konsequenzen Beachtung schenken, dann wird manche Entscheidung an überzeugender Wirkung gewinnen. In Oesterreich entfielen im Jahre 1898 auf rund 4 Unfälle eine Klage und in Deutschland wird durchschnittlich ein Viertel aller berufungsfähigen Bescheide angefochten. Diese Zahlen sprechen laut genug dafür, dass eine allgemeine Aufklärung über streitige Punkte dringend Noth thut.

Anm. d. R. In den ersten Theil des vorstehenden Aufsatzes

haben sich einige sinnstörende Druckfehler eingeschlichen. Es muss heissen:
S. 2 II 7, 11 v. o. „ursächlich" statt „ursprünglich".
S. 2 II 7, 18 v. u. „praeformirt" statt „praeparirt".
S. 3 II 7. 20 v. u. „verändert" statt „vereinbart".
S. 4 I 7, 22 v. u. „Verletzung" statt „Verlegung".
S. 2 II 7. 12 v. o. ist vor „wird" einzuschieben": „durch Leistenbrüche".

Ueber Diebstähle in den grossen Kaufhäusern

Von
San.-Rath Dr. **Leppmann**-Berlin.
Königl. Bezirks-Physikus etc..

(Nach einem Vortrage in der Berl. Ges. für Psychiatrie u. Nervenkr.)

(Schluss.)

Komme ich nun auf die geistig Zweifelhaften, so konnte man, nach dem was wir über die individuellen Ursachen des Verbrechens durch die kriminalanthoprologische Forschung wissen, von vornherein annehmen, dass sich unter den Ladendiebinnen eine besonders grosse Zahl pathologisch gearteter Personen befinden müsste.

Wie gleichsam bestimmte Bakterien dort die andern Formationen überwuchern, wo sie den besten Nährboden finden, so musste hier die allgemeine Grösse der augenblicklichen Verlockung und die scheinbare Gunst der Umstände auf diejenigen Personen am meisten wirken, bei denen die Fähigkeit, ihr Verhalten nach sittlichen und rechtlichen Grundsätzen einzurichten, durch krankhafte Mängel ihres Geisteslebens entweder gemindert oder gänzlich aufgehoben ist.

Ich stellte mir vor, dass ich der umfangreichsten geistigen Abnormität dort begegnen würde, wo der Diebstahl wiederholt in derselben Weise und unter denselben Umständen ausgeübt, namentlich bei den sonst in geordneten sozialen Verhältnissen befindlichen Frauen auf die Stehlsucht der alten Autoren hindeutete.

In der That sind, wenn man die alte psychiatrische Litteratur, welche noch mit der Kleptomanie arbeitet, durchblättert, dort immer Fälle als Beispiele, wo sich Diebstähle periodisch unter denselben Verhältnissen wiederholen und es handelt sich dort meist um Wegnahme offen daliegender Gegenstände aus Wohnungen, von Märkten und aus Läden.

Versucht man sich des Weiteren eine Vorstellung davon zu machen, an welches Krankheitsbild denn die alten Autoren unter ihrem periodischen Stehltrieb dachten, so sieht man aus casuistischen Schilderungen, dass, falls sie nicht aus der blossen Thatsache wiederholter Diebstähle bei besser Situirten auf Kleptomanie schliessen, sie rein manische oder hypomanische periodische Störungen damit vereinigten. Der oder die sonst vollsinnige Kranke bekommt einen rothen Kopf, glänzende Augen, einen gespannten Puls, Zurückhaltung des Stuhlgangs, wird unruhig, lebhaft, geschäftig, geht aus der Häuslichkeit und begeht die That.

Dergleichen isolirt dastehende kurze, periodisch auftretende rein manische Zustände, d. h. Anfälle von Unruhe mit Bethätigungsdrang und leichtem Gehobensein der Stimmung, sind überhaupt sehr selten, bei meinen Untersuchten sind sie als einzige Krankheitserscheinung nie vorgekommen.

Es wäre nicht unmöglich, dass bei dem Wandel, welchem die Formen psychischer Krankheiten innerhalb eines Menschenalters sichtlich unterworfen sind, auch diese Zustände jetzt seltener vorkommen als ehedem.

Sucht man aber unter den Krankheitsbildern, welche die moderne Psychiatrie aufgestellt bezw. ausgebaut hat nach Aehnlichkeiten, so denkt man zunächst wohl an die Syndrome, an die Kollerzustände der Entarteten, im besonderen der jugendlichen Minderwerthigen, welche gleichsam anfallsweise die elterliche oder sonstige Aufsicht verlassen und theils zur Fristung des Lebens, theils aus Uebermuth eine ganze Reihe von Eigenthumsdelikten in kurzer Zeit zusammenhäufen.

Diese jugendlichen Minderwerthigen finden wir unter den Diebinnen in den grossen Magazinen selten, sie bethätigen, wie mir auch die Polizei bestätigte, ihre Syndrome in anderer Weise. Ihr Feld für den Diebstahl sind die Kramläden, die Obststände, die Automaten oder sie begehen phantastische Hochstapeleien und Betrügereien.

Sodann wird man an die Hysterie und Epilepsie denken und zwar an die mit den Krampfanfällen zusammenhängenden Störungen namentlich an die psychischen Aequivalente der Anfälle, in zweiter Reihe auch an die Erregungsphasen nach Anfällen. Diese „anfallsweisen" Störungen, welchen in den Lehrbüchern und in der psychiatrisischen Kasuistik ein breiter Raum gewährt wird, spielen nach meinen Erfahrungen bei Eigenthumsverbrechen ihrer Zahl nach überhaupt eine geringe Rolle; ihre Hauptwichtigkeit besteht in ihren Beziehungen zu den Sittlichkeitsdelikten und den Verbrechen wider die Person.

Ich habe unter meinen Fällen keinen einzigen gefunden, aus welchem man etwa auf einen periodischen Stehltrieb als wiederkehrende Bethätigungserscheinung derartiger Anfälle schliessen könnte, wohl aber habe ich einen Fall gerichtsärztlich begutachtet, bei welchem sich der periodische krankhafte Bethätigungsdrang nach verschiedenen Richtungen Luft machte und auch einmal zum Diebstahl führte.

Der Fall bietet, wie ich glaube, insofern ein besonderes Interesse, als er zeigt, dass eine noch immer als allgemein hingestellte Regel bei der gutachtlichen Schätzung derartiger Zustände nicht ohne Ausnahme ist.

Nicht bloss für die epileptischen Aequivalente und post- und anteepileptischen Zustände, sondern auch für die entsprechenden hysterischen gilt meist als Kriterium der Echtheit, wie auch Fürstner bei der Irrenärzteversammlung in Bonn 1899 ausführte, der Bewusstseinsverlust bezw. die Bewusstseinstrübung mit entsprechendem Erinnerungsverlust bezw. mit Erinnerungsmangel.

Mein Fall zeigt, worauf Siemerling schon hinwies, dass weder eine Bewusstseinstrübung, noch eine Erinnerungslücke vorhanden zu sein braucht um dem Gutachter bei sonst beweiskräftigen Erscheinungen die Ueberzeugung zu geben, dass es sich um einen postepileptischen Zustand handelt, bei welchem der krankhafte Zwang und daher die Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der That zweifellos wird.

Es handelte sich um eine 32jährige Beamtenfrau, aus dem guten Mittelstande. Ihre Mutter hat, wie authentisch berichtet wird „Kopfkrämpfe", in welchen sie ohne zu zucken und umzufallen, Arbeiten verrichtet, von denen sie dann nichts weiss. Einmal machte dieselbe Feuer auf dem Herd und brannte sich, als ein derartiger Zustand eintrat, mehrere Finger bis zum zweiten Gliede fort.

Sie selbst leidet seit Eintritt der Periode an Ohnmachten und zwar kommen die Anfälle jeweils nach Beendigung des Monatsflusses. In diesen Ohnmachten beisst sie sich, während sie völlig bewusstlos ist, in die Backen und in die Zunge. Nach dem Erwachen wird sie unruhig. Sie ist dann sehr reizbar und sehr geschäftig. Sie räumt viel in der Wohnung herum, beschäftigt sich viel damit, ihre Kinder anzuleiten, ist auffallend grob gegen dieselben, duldet keinen Widerspruch und machte ein Mal zu einer Zeit, wo der Ehemann das Krankhafte ihres Wesens noch nicht eingesehen hatte, aus Anlass einer geringfügigen ehelichen Differenz in solchem Zustande einen Selbst-

mordversuch. Nach einem oder zwei bis drei Tagen wird sie ruhiger, erinnert sich genau aller Vorgänge und weiss, dass sie aufgeregt war, ist auch sehr unglücklich über das, was sie gethan hat. Manchmal ist sie dann sehr matt und liegt viel zu Bett. Sie war von jeher blutarm, ihr Befinden hat sich verschlimmert nachdem sie in einer achtjährigen Ehe drei Mal entbunden hatte.

Im vorigen Jahre war sie, nachdem sie in einem solchen Erregungszustande zu Hause viel umhergewirthschaftet hatte, in ein Waarenhaus gegangen, hatte dort Einkäufe gemacht und frei daliegende Gegenstände von geringem Werth vom Ladentisch entnommen. Die Entdeckung des Diebstahls wurde, wie aus den Aussagen der Belastungszeugen hervorzugehen schien, dadurch begünstigt, dass die Käuferin einen hastigen, unstäten Eindruck machte. Bei der Festnahme war sie ohne Umschweife geständig, die Haussuchung ergab keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sie schon ähnliche Strafthaten verübt hätte. Dem Ehemann, welcher ganz gebeugt durch das Ereigniss, namentlich mit Rücksicht auf seine Beamtenstellung war, war die grosse Gleichgültigkeit seiner Ehefrau bei der Heimkehr aufgefallen. Nach einigen Tagen aber kam ihr, wie er meint, erst das Verständniss dafür, was sie gethan.

Meine Untersuchung ergab eine blasse, blutarme Person, mit etwas vorspringenden Augäpfeln und einer rechtsseitigen, elastisch harten und nicht pulsirenden Kropfgeschwulst. Es bestand ein feinschlägiges Gliederzittern bei allen Bewegungen und eine Wanderniere rechts. Körperliche hysterische Erscheinungen waren nicht auffindbar.

Seelisch stand sie bei der Untersuchung sichtlich unter dem Drucke der Anklage, erwies sich aber sonst als eine durchaus intelligente, sittlich fühlende und in keiner Weise auffällige Person, sie wusste sich bis ins Kleinste der Einzelheiten der That zu erinnern.

Ich habe trotzdem keinen Augenblick daran gezweifelt, dass der Zustand, in welchem sie ihr Delikt beging, mindestens mit Wahrscheinlichkeit unter den § 51 des Strafgesetzbuchs fiel und das Gericht folgte meinen Ausführungen.

Neben diesen auf Periodicität der Erscheinungen hinauslaufenden Krankheitsformen passt das Bild der alten Kleptomanie am ehesten auch auf diejenigen Entarteten, welche man der körperlichen Begleiterscheinungen und der allgemeinen seelischen und nervösen Ueberempfindlichkeit wegen als schwere Hysterien bezeichnet, auf jene pathologischen Frauen, welche bald verleumden, bald im Trunk und Morphium excediren, bald durch Gefallsucht sich bethätigen und sich Brauchbares und Unbrauchbares zusammenstehlen, sobald sich ihnen scheinbar unentdeckbare Gelegenheit bietet.

Die wichtige Frage, ob Aufhebung der freien Willensbestimmung oder nicht, kann bei solchen Personen nur im Einzelfall unterschieden werden.

Der eine Fall, wo für mich bei einer Ladendiebin in jüngerer Zeit die Schätzung des Grades der Entartung praktisch in Betracht kam, erledigte sich glatt in bejahendem Sinne. Die Dame, stark erblich belastet, von jeher gemütsminderwerthig, reizbar, egoistisch, hypochondrisch, auch mit körperlichen Hysterie-Erscheinungen behaftet, befand sich in der Entwicklung einer chronischen Verrücktheit. Ihre üblen Eigenschaften hatten sich im Beginn des Climasteriums unter Hinzutritt von läppischen Beeinträchtigungsideen gegen Familienmitglieder so gesteigert, dass sie zu ihrer Erholung zu Verwandten hierher gesandt war und hier unter Anderem einen Beutezug in ein grosses Waarenhaus machte.

Auch eine weibliche Paralyse hatte ich zu begutachten, welche bereits solche Verstandeslücken hatte, dass sie in ihrem eigenen Geschäft, einer gut gehenden Butterhandlung, wesentliche Fehler, und zwar zu ihren Ungunsten, beim Geldwechsel machte und sich trotzdem aus verschiedenen Waarenhäusern eine grosse Menge von Gegenständen, namentlich Kinderanzüge zusammenschleppte.

Fasse ich demnach meine Erfahrungen über diejenigen Diebinnen in den grossen Magazinen zusammen, bei denen die gerichtliche Ausmittelung auf ein wiederholtes Handeln bezw. auf eine eingewurzelte Neigung zur Aneignung fremden Eigenthums schliessen liess, so war unter diesen nicht die Hauptmenge der pathologisch Gearteten, sondern diese fanden sich, eigentlich wider mein Erwarten, unter denen in deren Leben der Magazindiebstahl ein einzelnes rechtsbrecherisches Ereigniss darstellt.

Es waren dies nicht etwa, wie man erwarten könnte Personen mit einer Musterkarte von hysterischen Erscheinungen, sondern es waren meist weibliche Neurasthenien d. h. also, wenn ich hier der von Moebius gegebenen Erklärung des Wortbegriffs folge, chronisch geistig Ermüdete.

Es waren Frauen in den mittleren Dreissigern, welche durch mehrfach aufeinanderfolgende, manchmal auch durch Erkrankung komplizirte Entbindungen geschwächt waren.

Sie trugen körperlich die Zeichen schwerer Blutarmuth und hatten deutliche seelische Ermüdungserscheinungen schon lange vor der That. Sie hatten über Kopfdruck geklagt, konnten mit ihrer Wirthschaft nicht mehr fertig werden, schliefen schlecht und mussten am Tage oft abruhen. Entgegen früherer Gemüthsartung erschienen sie lässig in ihrer Pflichterfüllung, bisweilen verstimmt, gereizt, sie konnten schwer sich zu ihrer Thätigkeit aufraffen und waren, falls die Ausführung ihres Pflichtenkreises dann drängte, hastig und oberflächlich. Es kamen in einzelnen Fällen durch die Zeugenaussagen auffällige Zerstreutheiten zu Tage, z. B. die Bereitung von Kaffee ohne Zuthaten, das Wegschütten *fertiger* Speisen.

Dabei waren diese Frauen erblich nicht belastet, hatten keinen hysterischen Charakter, waren im Gegentheil ehedem gut geartete, pflichttreue und gesittete Personen gewesen, es fehlten bis hier und da auf Eierstocksdruckschmerz, alle körperlichen hysterischen Erscheinungen, dagegen fanden sich spezifisch neurasthenische Störungen, wie Herzerregbarkeit, Kongestionen, Dermographie und schnellschlägiges Gliederzittern.

Bei Allen handelte es sich darum, dass sie sich unlustig zu nothwendigen Besorgungen aufrafften, unter Anderem auch in ein Waarenhaus gingen, hier thatsächlich Einkäufe machten und nebenbei während des Wartens irgend welche meist geringwerthige Gegenstände mitnahmen.

Alle diesbezüglichen Untersuchten, die sicherlich nie im Leben untereinander in Berührung gekommen waren, hatten dieselbe Entschuldigung: In der Menschenmenge und im Lichterglanz wäre ihr Kopf benommen geworden und sie hätten sich nicht recht überlegt, was sie thaten.

Es ist nun die Frage, ob ein derartiger neurasthenischer Zustand auf die Abwerthung der Verantwortlichkeit für die Folgen des Handelns überhaupt von einem irgendwie messbaren Einfluss ist, und man wird mir einwenden können, dass neurasthenische und anämische Erscheinungen bei Frauen doch unendlich häufig sind und zwar bei Personen, die trotzdem fähig bleiben, ihr Leben nach rechtlichen und sittlichen Grundsätzen zu führen.

Demgegenüber möchte ich betonen, dass ich hier nur solche Kranke im Auge habe, bei denen das Leiden derartig war, das wirklich das Bild eines erheblichen körperlichen Siechseins und tiefgehender seelischer Ermüdung bestand.

Bei diesen ist entschieden ihr seelischer Zustand von wesentlichem Einfluss auf ihre Handlungsfähigkeit.

Wer unlustig ist, sich dauernd seelisch müde fühlt, überhaupt im Allgemeinen schwer zu einem Entschluss kommen kann, der begeht nicht bloss, wie Cramer in seinem jüngsten Vortrage über die forensische Behandlung der Grenzzustände sagt[1]), Verfehlungen durch Unterlassung, nein, er lässt sich auch zu sprunghaften Entschliessungen, zu Augenblickshandlungen leichter als der Gesunde hinreissen, für welche die kritische Erwägung erst hinterher kommt. Das sehen wir im Leben schwerer Neurastheniker recht häufig und in den Grübelvorstellungen und bei der Unlust solcher Personen spielt die Reue nicht blos wegen eingebildeter, sondern auch wegen thatsächlicher Uebereilung eine Rolle.

Deshalb halte ich es für begründet, wenn man bei derartig schweren Neurasthenien annimmt, dass sie bei dem Zusammenkommen der ganz besonderen Umstände des Waarenhausverkehrs, nämlich dem Sichhineinbegeben in menschengefüllte, blendend belichtete, manchmal auch überwarme und schlecht gelüftete Räume und dem durch die geschilderten Verhältnisse der Waarenhäuser gesetzten grossen augenblicklichen Anreiz leichter zu Falle kommen, als Gesunde, weil sie vermöge ihrer Gehirnermüdung die nothwendigen Hemmungsvorstellungen im Augenblick nicht mit voller Stärke wachrufen konnten und weil die Willensbethätigung des im Allgemeinen Willensschwachen zu plötzlichem sprunghaftem Handeln überhaupt geneigter ist.

Ich nehme dabei nicht etwa an, dass solche Personen im Sinne unseres Strafgesetzes als unzurechnungsfähig zu bezeichnen sind, ich halte sie nur für wesentlich schlechter gerüstet im Kampfe gegen die Versuchung des Augenblicks, ich halte sie mit anderen Worten für vermindert zurechnungsfähig.

Dieser Auffassung entspricht es auch, dass gerade das verführerische Waarenhaus kein so charakteristisches Testobjekt für die Bethätigung tief pathologisch veränderter, oft aber raffinirt handelnder Charaktere ist, sondern für derartig nervös Geschädigte, bei denen das Zusammenkommen von krankhafter Willensschwäche und besonders zum Rechtsbruch anreizenden Umständen vielleicht nur eine einmalige unglückliche Konstellation in ihrem Leben bedeutet.

Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, welchen unser Strafgesetzbuch zwar nicht kennt, der aber von der ärztlichen Wissenschaft und der Praxis anerkannt und betont wird, ist manchmal bei unserem Wirken vor der Barre vom segensreichsten Einfluss. Er hat z. B. schon manchen, seinen pathologisch gefärbten Regungen unterliegenden bemitleidenswerthen Sittlichkeitsverbrecher, wenn auch nicht vor Strafe, so doch vor Ehrverlust und Zuchthaus bewahrt.

In Fällen, wie ich sie geschildert habe, nützt die Feststellung einer derartigen Minderung der Verantwortlichkeit den Beurtheilten sehr wenig.

Auf Diebstahl steht unweigerlich Gefängniss und da bei bisher Unbescholtenen der Gelegenheitsdiebstahl an Gegenständen von geringem Werthe überhaupt nicht mit langen Freiheitsstrafen belegt wird, so kann es vorkommen, dass das Strafmass zwischen geistig Vollwerthigen und Minderwerthigen höchstens zwischen einem und drei Tagen schwankt, wie ich dies selbst in der Praxis sah.

Das Schreckliche für die armen Frauen ist aber die Thatsache der Gefängnissstrafe mit der Entehrung vor der Welt, den gesellschaftlichen und beruflichen Nachtheilen, welche auch dem Mann und den Kindern (z. B. wenn ersterer Beamter ist) nicht bloss in der Einbildung sondern thatsächlich entstehen. Die Krankheit wirkt dann in einem fatalen Circulus vitiosus. Sie, welche die Mitursache für die Begehung der Verfehlung war, sie hindert es, dass die Bestraften mit schweigender Demuth sich endlich in das Unvermeidliche fügen. Die Kranken werden unter dem Gespenste der drohenden Haft noch kränker und wenn auch die Drohung: „ehe ich einen Tag ins Gefängniss gehe, da gehe ich ins Wasser" nur selten wahrgemacht wird, so wirkt die Strafe so schädlich auf das Befinden der Hausfrau und Mutter, dass, man kann ohne Uebertreibung sagen, manchmal eine Zerrüttung des Familienlebens entsteht, welche sicher über den Strafzweck hinausgeht.

Man empfindet es, als Laie namentlich, so wie so schon als einen gewissen Widerspruch, dass der Diebstahl auf alle Fälle mit der entehrenden Gefängnissstrafe belegt wird, während Delikte, die demselben an Verschulden oft recht gleichwerthig erscheinen, nämlich der Betrug und die Unterschlagung mit Geldstrafen gebüsst werden können. Noch viel mehr aber empfindet man die Sprödigkeit des geltenden Gesetzes, wenn die Verantwortlichkeit für das an sich geringe Verschulden um Bruchtheile gemindert ist.

Fragen wir uns nach der Möglichkeit, wie solche Ungleichheiten gesetzgeberisch oder bei Geltung der gegenwärtigen Gesetze, schon auf dem Verwaltungswege ausgeglichen werden könnten, so neigen die modernen gesetzgeberischen Versuche im Wesentlichen dahin, das Verbrechen nach seiner sozialen Gefährlichkeit zu bekämpfen und sie billigen bei der ersten nicht zu erheblichen Verfehlung, welche gleichsam noch keine eingewurzelte Neigung zur Auflehnung gegen die Rechtsordnung vermuthen lässt, dem Thäter die bedingte Begnadigung d. h. die vorläufige Strafvollzugsaussetzung auf Wohlverhaltung zu.

Das wäre auch für die oben beschriebenen Fälle ein guter Ausweg. Er wird ja in unserem Vaterlande bei den kurzzeitigen Erststrafen der Jugendlichen durch Verwaltungsvorschrift schon angewendet.

Bei den Geistigminderwerthigen aber, wenn ich unsere Fälle mit diesem Wortbegriff im weitesten Sinne belegen darf, tragen gewichtige Stimmen von Rechtslehrern Bedenken gegen Einbeziehung in derartige mildernde Maassregeln, indem sie den Satz aufstellen: Verminderte Zurechnungsfähigkeit ist erhöhte Gemeingefährlichkeit. Sie meinen, wer weniger widerstandsfähig ist gegen rechtsbrecherische Anreize als der Durchschnittsmensch, bei dem könne die Androhung der Abbüssung vorläufig ausgesetzter Freiheitsstrafe bei neuer Verfehlung keine so hemmende Wirkung ausüben, wie beim Vollsinnigen, und ähnlich verhalte es sich auch bei ernsteren Vergehen mit der Erkennung einer kürzeren statt der sonst üblichen Freiheitsstrafe. Deshalb ist ihr Programm für die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen sowohl als der Unzurechnungsfähigen: gerichtlich zu erkennende und gerichtlich zu beendigende Verwahrung in geeigneten Heil- und Pflegeanstalten.

Wir Aerzte werden in einer Reihe von Fällen solchen Bestrebungen zustimmen müssen. Wir werden aber, wenn wir dazu beitragen wollen, Bausteine für die Gesetzgebung der nächsten Zukunft zu schaffen, darauf hinweisen müssen, dass es sowohl bei den vermindert Zurechnungsfähigen als bei den Unzurechnungsfähigen Grade des Risikos betreffs Ausübung gemeinschädlicher Handlungen giebt, und dass es bei einer ganzen Reihe von Personen, deren Strafe man wegen geistigen Defekten mildert oder aufhebt, überflüssig wäre, wenn man sie auch nur eine Zeit lang in Anstalten verwahrte.

Eine solche Gruppe mit dem relativ geringsten Risiko bilden die oben skizzirten Fälle. Bei ihnen genügen that-

[1]) Berliner klin. Wochenschrift, 1900, No. 48.

sächlich die abschreckenden Umstände der Untersuchung zusammen mit der Kontrolle der auf die Gefahr aufmerksam gewordenen Familienmitglieder um die Gefährdeten davor zu bewahren, sich, ehe sie nicht gesundheitlich gekräftigt sind, allein an Orte der Versuchung, namentlich in grosse Waarenhäuser zu begeben. Und wo die persönlichen Verhältnisse einer derartig Minderwerthigen solche sind, dass keinerlei Familienaufsicht vorhanden ist, so kann man immer noch daran denken, ehe man an die Verwahrung in einer Anstalt geht, ähnlich wie wir es mit Geisteskranken thun, eine Ueberwachung durch Pflege in einer fremden Familie zu schaffen.

Es würde dann bei gesetzgeberischen Massnahmen das Programm für die Unschädlichmachung geistig Minderwerthiger und Unzurechnungsfähiger sich dem analog gestalten, welches die internationale kriminalistische Vereinigung dereinst für die jugendlichen noch nicht Strafmündigen, welche Rechtsbrüche begehen, aufstellte, nämlich: staatliche Ueberwachung erstens in der eigenen, zweitens in einer fremden Familie und drittens in Anstalten.

Ich will diese gesetzgeberische Perspektive nicht zu weit ausdehnen, möchte aber doch bemerken, dass es noch andere grosse Gruppen von vermindert Zurechnungsfähigen giebt, auf welche ähnliche Voraussetzungen passen, z. B. die in ihrer Sittlichkeit nachlassenden, aber noch nicht verstandesgestörten Greise.

Vorbedingung aber aller solchen Massnahmen ist die Schaffung einer regelmässigen staatlichen Aufsicht und Kontrolle der Geisteskranken und Geistessiechen ausserhalb der Anstalten.

So lange eine Kenntlichmachung und Ueberwachung derartiger Kranker und Angekränkelter auf dem Belieben jeder Lokalpolizeibehörde beruht, und so lange nur der Schutzmann oder Geheimpolizist eine derartige Kontrolle ausübt, und nicht der Fachmann, nämlich der Arzt, wird sich die Rechtsprechung und die Gesetzgebung nicht von dem Vorurtheil losmachen können, dass jede Milde gegen Geistesdefekte, namentlich im Rahmen des geltenden Gesetzes, ein Schaden für das Gemeinwohl ist.

Deshalb möchte ich, was ich schon an mancher anderen Stelle that, aus Anlass meiner Betrachtungen über die Magazindiebinnen und ihr Schicksal auf jene bedeutsame Lücke in unserer Irrenfürsorge hinweisen.

Referate.

Allgemeines.

Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen.

Von Professor Arnold Heller-Kiel.

(M. m. W. 1900/48.)

Unter den Selbstmordstatistiken, welche die gerichtsärztliche Literatur aufweist, nimmt die vorliegende entschieden eine Sonderstellung und zwar im günstigen Sinne ein. Sie umfasst zwar eine verhältnissmässig kleine Zahl von Fällen, aber dieselben sind von neuen Gesichtspunkten aus untersucht und, wie gleich vorausgeschickt werden kann, mit theilweise überraschendem Ergebniss.

Wir übergehen die Angaben über Alter und Geschlecht der Selbstmörder, über die von ihnen gewählten Todesarten, über die Jahreszeit in welche jeweils die That fiel, um sogleich zu dem wichtigsten Kapitel, den Ursachen der Selbstmorde überzugehen.

Nur bei sechzehn Getödteten konnte das vorherige Bestehen von Geistesstörung sichergestellt werden. Bei ganz weiter Ausdehnung der Grenze liess sich die Zahl höchstens auf 22 erhöhen. Sehr gross hingegen war die Zahl derjenigen Selbstmörder, bei denen die augenblickliche Veranlassung zur That auffallend geringfügig war, bei denen sich daher die Ueberzeugung aufdrängte, dass die Hauptursache der That in einer abnormen Reizbarkeit gelegen sei. Für solche Fälle ist es verhältnissmässig gleichgültig welche äussere Einwirkung die schlummernde Erregung weckt, ein Beweis dafür, wie wenig Werth diejenigen Statistiken haben, welche statt der tiefer verborgenen Ursache nur die an der Oberfläche liegende Veranlassung der That berücksichtigen.

Heller hat nun geprüft, wie wohl in den von ihm untersuchten Fällen die Ueberreizbarkeit, welche auf geringfügige Veranlassung die schwere That des Selbstmords folgen liess, zu Stande gekommen sei. Er erklärt von vornherein, dass die Zahlenangaben, welche sich hier anschliessen, wahrscheinlich zu niedrig sind, da die Leichenöffnungen theils ohne ganz genaue Beachtung aller einschlägigen Punkte und theils auch für die Wahrnehmung feinerer Veränderungen allzuspät vorgenommen worden sind.

Wohl das wichtigste Ergebniss der Hellerschen Zusammenstellung ist die Häufigkeit der auf akut fieberhafte Erkrankungen hinweisenden Sektionsbefunde bei den Selbstmördern: 12 mal wurde akute Miliartuberkulose, 7 mal Unterleibstyphus, 9 mal Lungenentzündung, 2 mal frische Herzklappenentzündung, 12 mal akute und eitrige Mandelentzündung, 31 mal frische Milzschwellung gefunden. Unter den Fällen von Mandelentzündung dürfte sich einigemale Scharlach verborgen haben. Die frische Milzschwellung kommt als erstes anatomisches Krankheitszeichen bei sehr verschiedenen Infektionskrankheiten vor, mehrere Fälle sind wohl als Influenza zu deuten, da gleichzeitig entzündliche Stellen der Athmungsorgane gefunden wurden. Soweit Nachforschungen möglich waren, ist bei all diesen Verstorbenen bei Lebzeiten keine körperliche Krankheit wahrgenommen worden. Die klinische Erfahrung bestätigt durchaus, dass dergleichen vorkommt. Die gerichtsärztliche Forschung hat entschieden bisher nicht genügend auf die Möglichkeit eines solchen Zusammenhangs Rücksicht genommen.

Die Zeichen des chronischen Alkoholmissbrauchs wurden anatomisch in 143 Fällen erkannt. Vielfach bestätigten Nachfragen bei den Angehörigen der Verstorbenen die Diagnose. Zweifellos waren viele der übrigen Selbstmörder gleichfalls trunksüchtig, nur hatten Gewebsveränderungen noch nicht Zeit gehabt, sich bei ihnen auszubilden. Der Einfluss der Trunksucht auf die Zahl der Selbstmorde ist übrigens längst bekannt. Morphiumsucht lag nur 1 mal vor.

Ausserordentlich häufig wurden Veränderungen am Zentral-Nervensystem und seinen Hüllen entdeckt und zwar von so mannigfacher Art, dass eine Aufzählung hier gar nicht möglich ist. Wir zählen im Ganzen 212 Fälle von allerdings sehr verschiedener pathologischer Werthigkeit.

Unter den 70 weiblichen Selbstmördern waren 33 im Zustande der Schwangerschaft, des Wochenbetts oder der Menstruation, also in einer Verfassung, welche nach alter Erfahrung zum Verlust des seelischen Gleichgewichts im hohen Masse veranlagt.

Nur 8 mal wurden die Zeichen der Syphilis gefunden, aber 6 von diesen Personen litten nachweislich an derjenigen Form der Hypochondrie welche als Syphilisfurcht (Syphilidophobie) bekannt ist. Mit Recht gedenkt Verfasser hier des unheil-

vollen Einflusses, der auf solche Kranke von Kurpfuschern und „leider auch von ärztlichen Blutsaugern“ ausgeübt wird.

Ordnet man alle die beschriebenen Fälle nach der Schwere der Befunde, so ergiebt sich folgende Uebersicht:

Nur 24 mal war kein krankhafter Befund vorhanden. Davon abzuziehen sind noch etliche Fälle, in denen die vorgeschrittene Fäulniss die Sektion ergebnisslos verlaufen liess. Mässige Befunde, welche die Zurechnungsfähigkeit nicht direkt beeinflussten, wurden 64 mal, erhebliche Befunde, welche sie gleichwohl nicht direkt beeinflussten 29 mal, mässige Befunde, welche die Zurechnungsfähigkeit möglicherweise beeinflussten 54 mal, und starke, die Zurechnungsfähigkeit sicher beeinträchtigende 129 mal entdeckt. Unter die letzte Gruppe sind die zweifellosen Geistesstörungen, die akuten fieberhaften Krankheiten, die schweren Veränderungen des Gehirns mit und ohne Alkoholismus und schliesslich Schwangerschaft, Menstruation und Wochenbett gerechnet.

So ergiebt sich also für 43 Prozent der als Selbstmörder zur Sektion Gekommenen ein Ausschluss oder richtiger wohl eine Verminderung der Zurechnungsfähigkeit. Alle diese Personen dürften von Rechtswegen nicht durch den schimpflichen Namen „Selbstmörder“ gebrandmarkt werden. Da nun aber bei einem grossen Theil dieser Verstorbenen nur die Sektion die Thatsache ihrer verminderten Zurechnungsfähigkeit dargethan hat, so muss grundsätzlich gefordert werden, dass nach jedem selbstmordverdächtigen Todesfall die Sektion gemacht werden soll. Besonders wichtig ist dies für die Selbsttödtungen bei der Armee und Marine, wo gegenwärtig veraltete Vorschriften die Vornahme aussergerichtlicher Sektionen nahezu unmöglich machen.

Statt den kostspieligen Apparat der gerichtlichen Sektion in solchen Fällen jedesmal in Bewegung zu setzen, würde es genügen, wenn kein besonderes gerichtliches Interesse vorliegt, eine „Verwaltungssektion“ vorzunehmen. Das Fehlen dieser Art von Sektionen in unserem jetzigen Sanitätswesen ist vom Verfasser schon früher als bedauerliche Lücke gekennzeichnet worden.

Ueber Tod durch Verhungern.

Von Dr. Frei-Nieder-Uszwil.

(Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte. 1900, 23.)

Der Verf. wurde eines Tages aufgefordert, den Tod eines Kindes zu bescheinigen, welches angeblich aus voller Gesundheit heraus ganz plötzlich gestorben war. Er fand eine ganz ungemein abgemagerte, schon in Fäulniss übergehende Säuglingsleiche vor und veranlasste, da er ein Verbrechen vermuthete, die gerichtliche Untersuchung. Dieselbe ergab ausser dem ungewöhnlich starken Körperschwunde völlige Leere des Magens und Darmes und Blässe der Schleimhäute des Verdauungskanals.

Die Sachverständigen gelangten zu der Ueberzeugung, dass das Kind durch Verhungern getödtet worden sei. Die Mutter legte ein diesbezügliches Geständniss ab.

Chirurgie.

Daumenplastik und organischer Ersatz der Fingerspitze.

Von Prof. Nicoladoni.

(Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 61, H. 3.)

N. hatte schon vor 3 Jahren den Vorschlag gemacht, einen in seinen Phalangen verloren gegangenen Daumen als bewegliches Glied aus der zweiten Zehe des gleichseitigen Fusses zu ersetzen.

Der Gang der Operation ist folgender: mit einem grossen, dorsalen, viereckigen Lappen legt er nach Durchtrennung der dorsalen Sehne das Metatarsophalangealgelenk der zweiten Zehe bloss und eröffnet es. Dann trägt er die Basis der I. Zehenphalange knapp am Gelenkknorpel ab und durchschneidet die volaren Sehnen.

Nachdem der Daumenstumpf hinreichend weit angefrischt ist, wird die Sehne des Flexor pollicis long. mit den volaren Sehnen der Zehe, dann der I. Phalanxstumpf des Daumens mit der Basis der I. Phalanx der Zehe durch eine Katgutknochennaht vereinigt, danach werden die Dorsalsehnen genäht, zum Schluss der grosse Dorsallappen so mit dem Dorsum des Daumenstumpfes in Verbindung gebracht, dass eine möglichst grosse Fläche beider in Berührung kommt.

Nach Anlegung des Verbandes werden beide Extremitäten durch einen vorher ausgeprobten Gipsverband in ihrer Stellung und Lage fixirt.

Die Ernährung besorgt der volare übrig gebliebene Lappen der zweiten Zehe. Nach 16 Tagen kann er durchschnitten werden, indem man ihm auf der Planta pedis eine dreieckige Spitze giebt. Obwohl die erste Operation dieser Art nicht in jeder Beziehung tadellos gelang, so war doch der Daumen nach einem Jahre so kräftig geworden, dass der Knabe mit einem schweren Hammer sicher klopfen konnte, die neue Daumenspitze den anderen Fingern opponirte und mit der rechten Hand schreiben lernen konnte.

Die besten Aussichten für das Gelingen der Operation bietet schon wegen der grösseren Leichtigkeit, die Zwangslage im Gipsverbande zu ertragen, das jugendliche Alter.

Ferner hat Nicoladoni eine mit einem Nagel versehene Zehenspitze mit Erfolg an einen zwei Phalangenstumpf eines Zeigefingers angeheilt, indem er einen volaren und einen dorsalen Lappen bildete, die peripher in Höhe der Nagelwurzel zusammensassen. Der Erfolg dieser Plastik war vor allem der, dass der Kranke 4 Monate nach der Operation im Stande war, Dorsum und Volarseite mit der Fingerspitze des Zeigefingers zu unterscheiden, was doch zur Ausführung verschiedener Fingerarbeiten ganz entschieden von Belang ist.

Stabel-Berlin.

Der schnellende Finger.

Aus der chirurg. Klinik in Greifswald.
von Prof. Dr. Tilmann.

(Berliner klinische Wochenschrift 1900 No. 43.)

Verfasser kommt durch seine 5 Beobachtungen, übereinstimmend mit anderen Autoren zu dem Schluss, dass die Ursache des Symptomes der „schnellenden Finger“ eine Verdickung der Beugesehnen ist, die an arbeitsungewohnten Händen durch Gewebsreizung entsteht, wenn bei andauernder anstrengender Arbeit die Sehnen gegen die an der Beugeseite der Mittelhandknochenköpfchen befindlichen Knochenvorsprünge gedrückt werden.

Durch Längsschnitt und Herausschälen des „Kernes“ der Verdickung wurde ein Fall des Verfassers sofort zur ungestörten Beweglichkeit gebracht. In anderen Fällen genügte ein Einschneiden des Randes der Sehnenscheide zur Herbeiführung eines guten Funktionsresultates. Seelhorst.

Zur Arthrotomie bei veralteten Luxationen des Ellbogengelenkes.

(Aus der chirurgischen Klinik des Hofraths Prof. Dr. Nicoladoni zu Graz.)

Von Dr. L. Luksch.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 57. B., Heft 5 u. 6.)

Verf. befürwortet bei alten, nicht eingerenkten Ellbogen-Verrenkungen warm die von Nicoladoni in die Praxis einge-

führte Arthrotomie mit nachfolgender Reposition gegenüber der bisher vielfach noch geübten Resektion. Wenn nicht besondere Schwierigkeiten vorliegen, gelingt die Einrenkung in jedem Falle. Das funktionelle Resultat ist nach Arthrotomie denjenigen nach Resektion bei weitem überlegen. Es gelingt von einem einzigen radialen Schnitt aus die in Betracht kommenden Repositionshindernisse zu entfernen, wobei besonders für eine gründliche Ausräumung der Incisura semilunaris maior der Elle, welche der Gelenkpfanne beim Schulter- und Hüftgelenk entspricht, Sorge zu tragen ist. Die Einrenkung wird am besten nach der Dumreicher'schen Methode (Anziehen in der Verlängerung der Oberarmachse bei rechtwinklig gebeugtem Unterarm, Streckung und darauffolgender Beugung des Vorderarms) vorgenommen.

Gelingt auf diesem Wege in einem oder anderen Falle die Einrenkung nicht, so erübrigt die ausgedehnte Blosslegung der Gelenke. Für die spätere Bewegungsfähigkeit des Gelenkes ist ein völlig aseptischer Wundverlauf von grösster Bedeutung. Nhs.

Zwei Fälle von Trombophlebitis der oberflächlichen Venen der oberen Extremitäten.

Von Dr. Stuparich-Triest.
(Wiener Med.-Pr. 1900. No. 39.)

Von zwei Fällen, die Verf. mittheilt, interessirt uns weniger der erste — eine Entzündung der Vena mediana und basilica bei einer Schwangeren ohne bekannte Ursache — als vielmehr der zweite. Hier handelt es sich um einen 28jährigen Fleischhauer, bei dem sich ein dumpfer, manchmal bohrender Schmerz längs der Innenseite des rechten Armes eingestellt hatte. Bei der Untersuchung fand sich zunächst eine vom Kranken nicht beachtete, auch nicht schmerzhafte Risswunde zwischen viertem und fünftem Finger. Innen und ellenwärts fühlte man in der Handwurzelgegend einen auf Druck schmerzhaften Strang, der sich bis in die Furche des zweiköpfigen Muskels verfolgen liess und den grossen oberflächlichen Armvenen entsprach. Der Zustand war komplizirt durch die Zeichen einer Verstauchung des Handgelenkes.

Innere Medizin.

Die Frieselfieberepidemie von Hohnweiler (O. A. Backnang) im Februar, März und April 1900.

Von Dr. Heinrich Zeller in Backnang.
(Württemberg. Medizin. Correspond. Blatt, Nr. 33, 1900.)

Verf. berichtet über eine sehr interessante Epidemie von Frieselfieber, welcher 8 von 30 Erkrankten erlagen. Die Krankheitserscheinungen bestanden in hohem Fieber, Kopfschmerzen, starken Schweissen, Bangigkeitsgefühl und frieselartigem Ausschlag auf der Brust, im Gesicht und an anderen Teilen des Körpers. In fast allen Fällen konnte der Nachweis der Uebertragung des Frieselgiftes von einer Person auf die andere erbracht werden. Die zur Obduktion gekommenen Fälle boten ein ziemlich übereinstimmendes Bild, entzündliche Veränderungen im Darmkanal, Vergrösserung der Milz, zahlreiche Ekchymosen an den verschiedensten Organen, auf dem Endokard des linken Ventrikels eine merkwürdige fleckige Röthung, ähnlich den gemalten Feuerflammen, wie sie etwa auf Neuruppiner Bilderbogen zu sehen sind. Letztere Erscheinung fand sich ausnahmslos bei allen sezirten Leichen vor. Unter den so Erkrankten befanden sich nur 4 Männer, meist wurden Frauen im Alter von 16—52 Jahren befallen. Im Durchschnitt dauerte die Krankheit 10 Tage. Die ersten 6 Erkrankten starben alle, von den späteren nur noch 2, sei es, dass die Krankheit ihren bösartigen Charakter verlor, sei es, dass die Heilungsbedingungen durch die inzwischen getroffenen Massnahmen (Errichtung einer Döcher'schen Baracke etc.) erheblich günstigere wurden. Ueber das Resultat der bakteriologischen Untersuchungen, die von Amts wegen angestellt wurden, wird noch nichts Bestimmtes mitgetheilt. —y.

Beitrag zur Kenntniss der subphrenischen Abscesse.

Ein Fall von Pyopneumothorax subphrenicus.
Operative Heilung.

Von Dr. O. Krohne in Grosskamsdorf.
(Deutsche med. Wochenschr. 1900, No. 41.)

Ein 7 jähriges Mädchen erkrankte unter den Erscheinungen einer Blinddarmentzündung. Auf palliative Behandlung trat unter Entleerung mehrerer zum Theil verwester Spulwürmer Abfall des Fiebers zur Norm und Nachlass der lokalen Erscheinungen ein. Trotzdem die sämmtlichen der Blinddarmentzündung angehörigen Symptome schwanden, verfiel die kleine Patientin in den der Entfieberung folgenden 4 Wochen zusehens, unter den mannigfachsten, bei normaler Temperatur verlaufenden Schmerzattacken im Abdomen, die sich bald auf die Blasengegend — es musste wegen krampfhafter Harnverhaltung tagelang katheterisirt werden — bald auf den ganzen Bauch erstreckten. Nach einem Monat bildete sich zuerst ohne Druckempfindlichkeit eine Vorwölbung am r. Rippenbogen unter leicht fieberhafter Temperaturerhöhung. Sie vergrösserte sich innerhalb 5 Tagen nach oben und seitlich, Puls und Temperatur gingen in die Höhe, vereinzelte Rasselgeräusche traten an den unteren r. Lungenpartien auf, und weisslich schaumiger Auswurf stellte sich ein. Schon am darauffolgenden Tage war der Auswurf aashaft stinkend, eitrig, die Höhe des Tumors, die bisher gedämpften Schall aufgewiesen hatte, zeigte tympanitischen Ton, Tp. 39, P. 160. Eine in Chloroformnarkose vorgenommene Incision vom Schwertfortsatz unter dem Rippenbogen, 6 cm lang, nach aussen verlaufend (dort und nicht höher angelegt zwecks Zeitersparniss) eröffnete einen mit Luft und stinkendem, nekrotische Gewebsfetzen enthaltenden Eiter erfüllten Abscess. Die Leber war nach mitten unten verdrängt, das Zwerchfell stand hoch, die Perforation desselben lag anscheinend im hinteren, rechten Quadranten. Unter Spülungen mit $^1/_2$ proz. Kreolinlösung, die sich sehr angenehm erwies, trat schnell Dauerheilung ein. Seelhorst.

Neurologie.

Die Erwerbsfähigkeit bei traumatischen und bei nichttraumatischen Neurosen.

Von Dr. Jeremias-Posen.
(Mon.-Schrift f. Unf.-Heilk. 1900. No. 12.)

Das dieser Arbeit zu Grunde liegende Krankenmaterial, welches der Klinik und Poliklinik des Professor Mendel in Berlin entstammt, umfasst 25 Unfall-Nervenkranke und 40 aus anderer Ursache Erkrankte. Ausgeschlossen wurden alle diejenigen Kranken, bei denen organische Veränderungen des Nervensystems vorgefunden wurden. Zwei Tabellen enthalten die Ergebnisse der bei beiden Gruppen angestellten Erhebungen. Für jeden Kranken sind folgende Rubriken ausgefüllt: Frühere Arbeitsverhältnisse, bisheriges Rentenverfahren, subjektive Klagen, objektiver Befund, derzeitige Erwerbsfähigkeit nach dem Urtheil des Arztes und nach dem des Kranken und besondere Bemerkungen.

Es ergab sich ein ins Auge springender Unterschied zwischen den Verunfallten und den anderweitig Erkrankten. Würde man die eigene Schätzung der Kranken zu Grunde legen, so käme heraus, dass von den Unfallkranken 56 Prozent völlig erwerbsunfähig und nur 8 Prozent mehr als Zweidrittel erwerbsfähig wären. Von den Nicht-Unfallkranken dagegen 20 bezw. $7^1/_2$ Prozent. In der ärztlichen Begutachtung dagegen schrumpft die Zahl der erwerbsunfähigen Unfallkranken auf 12 Prozent zusammen. Wiederum bei den Nicht-Verunglückten wird die eigene Erwerbsfähigkeit häufig überschätzt, nach ärztlichem Urtheil sind von ihnen nur 5 Prozent mehr als Zweidrittel erwerbsfähig. Nach thatsächlichen Feststellungen waren zur Zeit der Untersuchungen 40 Prozent der Unfallkranken gegen 20 Prozent der anderweitig Erkrankten seit Jahresfrist um mehr als Zweidrittel in ihrer Erwerbsfähigkeit herabgesetzt.

Verfasser zieht aus seinen Zahlen die Folgerung, dass lediglich die Rechts- und Begehrungs-Vorstellungen bei den Unfallkranken Schuld an ihrer verhältnissmässig so auffallend geringen durchschnittlichen Erwerbsfähigkeit sind. Ohne prinzipiell die Richtigkeit dieses Satzes bezweifeln zu wollen, möchten wir doch hier auf einige Fehlerquellen, deren der Verfasser nicht gedenkt, aufmerksam machen. Wir finden unter den 25 Verletzten mindestens 9 nicht unbedeutende Kopfverletzungen und noch eine ganze Anzahl von Unfällen, bei denen der ganze Körper erhebliche Erschütterungen erlitten hat. Bei allen diesen Unfällen ist man doch wohl nicht mit voller Sicherheit im Stande, das Bestehen gleichzeitiger organischer Veränderungen in Gestalt von Narben, Verwachsungen und dergleichen selbst durch die sorgfältigste objektive Untersuchung auszuschliessen. Erst kürzlich hat Koeppen gezeigt, dass solche Narben im Gehirn Veränderungen hervorbringen können, die sehr erhebliche Beschwerden, dabei aber objektiv nur das Bild der allgemeinen Nervenschwäche bedingen, zweifellos können an anderen inneren Organen Narben gleichfalls die nervösen Beschwerden verstärken. Das wäre die eine Fehlerquelle. Die andere besteht darin, dass doch vielleicht nervöse Erkrankungen, die sich ganz allmählich entwickeln, im Allgemeinen die Erwerbsfähigkeit weniger stören als solche, welche ihren Ausgang von einem plötzlichen, die Erwerbsfähigkeit mit einem Mal unterbrechenden Ereigniss nehmen, sei es nun eine Krankheit, ein körperlicher Unglücksfall oder ein plötzlicher seelischer Zusammenbruch.

Verfasser empfiehlt eine Reihe von Massnahmen, um die ungünstigen Wirkungen des Unfallgesetzes hintan zu halten. Zunächst sollen, entgegen der bisherigen Spruchpraxis des Reichsversicherungs-Amts, die Berufsgenossenschaften berechtigt werden, Unfall-Nervenkranke zur Wiederaufnahme der Arbeit zu zwingen, nämlich durch gegebenen Falls eintretende Rentenkürzungen, andererseits soll den früheren Arbeitgebern die Pflicht auferlegt werden, ihre durch Unfälle nervenkrank gewordenen Arbeiter wieder zu beschäftigen. Wo dies dem einzelnen Arbeitgeber nicht möglich wäre, müsste die Berufsgenossenschaft dafür Sorge tragen. Sehr wichtig ist thunlichste Abkürzung des Prozessverfahrens, vortheilhaft die Kapitalsabfindung statt kleiner Renten.

Von vornherein sollte zwischen sicher schweren und leichten oder zweifelhaften Fällen ein praktischer Unterschied gemacht werden. Die ersteren sollten gleich für längere Zeit eine verhältnissmässig hohe Rente bekommen und nicht so oft nachuntersucht werden, die letzteren dagegen sollten nach Abschluss des Heilverfahrens eine beträchtliche Uebergangsrente erhalten, aber gleich unter der Voraussetzung, dass etwa innerhalb eines Jahres die Rente allmählig auf Null herabgesetzt würde.

Verfasser beschliesst seine Arbeit mit einigen Bemerkungen über Wahl der Gutachter, Krankenhaus-Beobachtung, Art der Untersuchungen und dergleichen, welche nichts Wesentliches mehr enthalten.

Zur Unterscheidung zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche im Sinne des Bürgerl. Ges.-B.

Von Amtsgerichtsrath Hahn-Berlin.
(Z. f. M. Pr. 1900, No. 23.)

Die Ausführungen des Verfassers treffen in den wesentlichsten Punkten durchaus mit den in dieser Zeitschrift veröffentlichten Darlegungen Professor Mendels über den gleichen Gegenstand zusammen. Auch Hahn betont, dass der im Sinne des Gesetzes Geistesschwache eine ganze Reihe von Rechten behält: Selbständige Erledigung eines bestimmten Geschäftskreises, Eingehung einer Ehe mit Einwilligung des Vormunds, Widerruf eines errichteten Testaments, Eidesleistung als Partei in Prozessen.

Wenn die Krankheit den zu Entmündigenden auch nur zu einer einzigen dieser Rechtshandlungen unfähig macht, so muss er eben wegen Geisteskrankheit, nicht wegen Geistesschwäche entmündigt werden. Z. B. wurde ein sehr raffinirter Querulant wegen Geisteskrankheit entmündigt, weil sein in seinen zahlreichen Streitsachen besonders getrübtes Urtheil ihn zu einem Parteieide ein für allemal untauglich machte.

Noch einen wichtigen Gesichtspunkt hebt H. hervor: Das Gesetz bestimmt, dass dem wegen Geistesschwäche Entmündigten der Beschluss zugestellt werden muss und zwar, wie es in den Motiven ausdrücklich heisst, weil der Geistesschwache jedenfalls in der Lage sei von dem Beschluss Kenntniss zu nehmen. „Kenntniss nehmen“ bedeutet aber offenbar ein Begreifen des Inhalts, es setzt ein Verständniss für die Bedeutung des Entmündigungs-Beschlusses voraus. Wer dieses Verständniss nicht besitzt, kann also nur wegen Geisteskrankheit entmündigt werden.

Es ist also falsch wenn Planck in seinem Kommentar angiebt, nur der Grad der Geistesstörung entscheide, ob im Rechtssinne Geisteskrankheit oder -Schwäche vorliegt. Vielmehr werden, wie Verfasser an Beispielen erläutert, sicher Fälle vorkommen, in denen die für den Laien augenfällige Erkrankung doch vor dem Gesetze nur eine Geistesschwäche, andere, bei denen die dem ungeschulten Blick völlig entgehende Störung dennoch Geisteskrankheit genannt werden muss.

Kritische Bemerkungen über das neue Verfahren und über gewisse Vorgänge bei Entmündigung internirter Geisteskranker.

Von Dr. Hermann Pfister, Privatdozent, Freiburg i. Breisgau.
(Halle a. S., Karl Marhold, 1900.)

Die Darlegungen des Verfassers beziehen sich im Wesentlichen auf die wegen Geistesschwäche Entmündigten. Er setzt auseinander, dass gerade in diese Gruppe die schwierigst zu behandelnden Kranken gehören, denen gegenüber alles Erregende und Verstimmende doppelt sorgsam vermieden werden sollte. Ihnen gegenüber wird nun nach den Erfahrungen des Verfassers die Mittheilungspflicht seitens der Gerichte regelmässig so ausgeübt, dass ihnen der ganze Wortlaut des Entmündigungs-Beschlusses mitgetheilt wird. Dabei bekommen sie natürlich allerlei Dinge zu hören, die geeignet sind, sie im höchsten Masse aufzuregen, zu verstimmen und unter Umständen mit nachhaltigem Zorn gegen bestimmte Personen zu erfüllen. Als klassisches Beispiel hierfür wird der Fall eines Alkoholikers mitgetheilt, bei dem im Entmündigungs-Gutachten unter Anderem sein Grössenwahn und die Verrohung seines Gefühlslebens erwähnt war.

Eine weitere Härte liegt darin, dass dem Entmündigten das Urtheil sofort mitgetheilt werden muss, weil erst nach der Zustellung des Beschlusses die Entmündigung in Kraft

tritt. Weder körperliche Erkrankungen noch Erregungszustände, noch vorübergehende Gemüthsverstimmungen der Kranken werden als Entschuldigung für verzögerte Zustellung vom Gericht anerkannt.

Ueber die praktisch wichtige Frage, wie, d. h. durch wen dem Anstalts-Insassen der Beschluss überreicht werden soll, giebt die Civil-Prozess-Ordnung keinen Aufschluss. In Baden sind durch besondere Verordnung die Oberwärter dazu ausersehen. Das ist sehr unzweckmässig, denn gerade den Oberwärtern sollte man alles ersparen, was sie bei den Kranken unbeliebt macht. Eine wirklich geeignete Person für diese Zustellungen wäre beispielsweise der Pförtner, mit dem die Kranken sonst nichts zu thun haben.

Durch die letzterwähnte Aenderung, ferner durch Nichtmittheilung der Motive des Beschlusses und durch die Zulassung kurzer Aufschübe, könnte einer unnützen „Misshandlung" der Kranken bei der Ausführung des Gesetzes vorgebeugt werden.

Hygiene.

Beiträge zur Konservenfabrikation.

Von Dr. H. Bischoff und Dr. M. Wintgen.

Aus dem hygienisch-chemischen Laboratorium der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen.

(Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Band 34. Heft 3.)

Die Herstellung unbegrenzt haltbarer und schmackhafter Fleischkonserven ist eine insbesondere für die Verpflegung von Truppen im Felde äusserst wichtige Aufgabe. Massenerkrankungen durch verdorbene Fleischkonserven sind in Frankreich mehrmals vorgekommen, mit unschmackhaften Fleischkonserven hat man im spanisch-amerikanischen Kriege abschreckende Erfahrungen gemacht.

Dem Verfasser bot sich Gelegenheit, an den Erzeugnissen einer grossen Fabrik Studien über die Haltbarmachung des Fleisches anzustellen. Der Betrieb dieser Fabrik ist ungefähr folgender: Es kommt nur bestes Fleisch von vier- bis siebenjährigen Ochsen, die vor und nach dem Schlachten thierärztlich untersucht worden sind, zur Verwendung. Dasselbe wird vom Fett befreit, und in Stücke von 2 bis 3 kg zerlegt. Nach drei bis vier Tagen wird es in grossen offenen Kesseln mit den üblichen Zusätzen von Gemüse und Gewürzen vorgekocht (1 bis 2 Stunden). Nach dem Erkalten wird es in kleinere Stücke von 80 bis 120 Gramm verschnitten und in Blechbüchsen eingewogen, denen, nachdem sie mit Bouillon aufgefüllt, ein Deckel aufgefalzt wird. Die Büchsen werden in durchbrochenen Körben in Kessel gebracht, die mit Wasserdampf von bestimmtem Druck beschickt werden.

In diesem Betriebe wurden nun unter Leitung der Verfasser Kochungen bei verschiedenen Temperaturen und von verschiedener Dauer ausgeführt. Es war die Aufgabe gestellt worden, dass das Fleich im Innern eine Temperatur von 116 Grad erreichen sollte. Die fertigen Konserven wurden auf Keimfreiheit, Geschmack und äussere Beschaffenheit geprüft.

Zur Wärmemessung wurden kleine, in das Innere der Fleischstücke eingebrachte Termoelemente benutzt.

Eine leicht zu beseitigende Fehlerquelle besteht bei derartigen Untersuchungen in dem Zurückbleiben von Luft im Kessel, wodurch eine ungleichmässige Temperatur-Vertheilung begünstigt wird, dagegen ist die Lage der Büchsen im Kessel für die Temperaturvertheilung bedeutungslos.

Die angestellten Untersuchungen ergaben, dass die Hitze in die Fleischstücke recht ungleichmässig eindringt. Ausser der Grösse ist die Fettdurchsetzung und die Festigkeit des Fleisches, sowie die Menge der Brühe in der Büchse von Einfluss. Eine gleichmässige Beschaffenheit des Fleisches in den Büchsen war nicht mit Sicherheit zu erziehlen. Auch hier bewirkte die Verschiedenartigkeit der verwandten Stücke Unterschiede, die sich durch verschiedene Behandlung beim Vorkochen nicht ausgleichen lassen.

Die zur sicheren Keimfreimachung nothwendige Hitze bewirkt durch theilweise Umwandlung des Bindegewebes in Leim ein mehr oder weniger starkes Zerfasern des Fleisches. Man kann Fleisch bei sehr verschiedener Temperatur keimfrei machen. Mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der Konserven erwies es sich als das Vortheilhafteste, je nach der Grösse der Büchsen 50 bis 70 Minuten lang bei 120,5 Grad Celsius zu kochen. Es bleibt dann weich, wenn es auch freilich beim Schneiden oft zerfasert.

Den in der Haushaltung gewonnenen Fleischgerichten ist das Konservenfleisch nie vollkommen gleichwerthig, eben wegen des Zerfaserns. Aber dem Fleisch, welches bisher von den Truppen im Felde häufig genossen worden ist, nachdem die Thiere eben erst geschlachtet waren, ist das Konservenfleisch sicher weit überlegen. Ferner bieten die Büchsen den grossen Vortheil, dass sie leicht an Ort und Stelle geschafft werden können und rasch zum Genuss fertig sind. Für die Truppenverpflegung im Manöver und im Felde und für Forschungsreisen sind die Fleisch-Konserven bis jetzt das beste Mittel zur Fleischversorgung.

Die Konservirung der Nahrungsmittel und die Konservirung in der Gärungstechnik.

Von Dr. Th. Koller.

(Samml. chem. u. chem.-techn. Vorträge. Stuttgart, Ferd. Enke 1900.)

Unter den zu konservirenden Nahrungsmitteln nimmt naturgemäss die erste Stelle das Fleisch ein, doch besitzen wir z. Z. noch kein Verfahren, welches gestattet, dasselbe in rohem Zustande längere Zeit hindurch frisch zu erhalten. Die bisher zu diesem Zwecke benutzten Mittel, Temperaturerniedrigung und Wasserentziehung erfüllen ihre Aufgabe nur sehr mangelhaft, da sie zwar eine durch Kleinwesen hervorgerufene Zersetzung zu verhindern vermögen, nicht aber chemische Veränderungen im Innern der Fleischfaser. Ein in neuerer Zeit vom Oberarzt Deichsteller-München gemachter Vorschlag, ganze ausgeweidete Schlachtthiere mit Essigsäure besprüht, in mit Kochsalzlösung getränktem und keimfrei gemachtem Sägemehl aufzubewahren, bedarf erst noch der Prüfung in der Praxis.

Bessere Erfolge hatten die Bemühungen, Eier zu konserviren. Unter den vielen vorgeschlagenen Methoden nehmen zwei wegen ihrer Bequemlichkeit und Billigkeit den ersten Rang ein: Einlegen der frischen und gereinigten Eier in Wasserglas und in übermangansaurer Kalilösung. Für die Versorgung grosser Menschenmengen, z. B. von Heeren, mit Eiern wird die von Camps vorgeschlagene Methode der fabrikmässigen Konservirung von Eidotter von Bedeutung sein: Die Eidotter werden zu einem dicken Brei geschlagen, etwas kohlensaures Ammon und event. Zucker zugesetzt, auf Zinkblechschüsseln bei mässiger Temperatur getrocknet und schliesslich durch ein grobmaschiges Sieb gerieben. Zum Gebrauche wird dieses Produkt mit lauwarmer Milch angequirlt.

Für die Aufbewahrung der Kartoffel eignet sich nur die Mehlform. Um diese zu erlangen, lassen Reinle und Baumgarten die gedämpften und von der Schale befreiten Kartoffeln zwischen zwei durch Wasserdampf auf 120 ° C. erhitzten Metallwalzen hindurchgehen, wobei nicht nur das, fast drei Vierteile der frischen Kartoffel betragende Wasser sich verflüchtigt, sondern auch die meisten, im Zellsafte gelösten und Zersetzungen hervorrufenden organischen Körper zerstört werden. Das auf diese Weise gewonnene Mehl eignet sich auch, mit Roggenmehl vermengt, ausgezeichnet zur Brotbereitung.

Ebenso wie zur Aufbewahrung von Oel empfiehlt sich zur Konservirung von Milch die Salicylsäure, namentlich, da diese die Eigenschaft hat, aus die auch der Milch hergestellten Produkte, Butter und Käse, zweckentsprechende Aufbewahrung vorausgesetzt, vor Verderben zu schützen.

Sehr einfach lassen sich grössere Früchte — Birnen, Aepfel — lange Zeit frisch erhalten, indem man vollkommen fehlerfreie Exemplare, in Seidenpapier eingewickelt an einem luftigen Orte aufbewahrt, während gekochte Früchte und Gelée vor dem, am besten durch luftdicht passende und mit Paraffin überzogene Korken zu bewerkstelligenden Verschliessen des Aufbewahrungsgefässes erst einer gründlichen Keimfreimachung durch Erhitzen bedürfen.

Zur Konservirung von Bier eignen sich fast ausschliesslich Salicyl- und Benzoësäure, da diese die Erreger der Essig- und Milchsäuregärung zerstören, ohne die weitere Gärung des jungen Bieres zu hindern. Salicylsäure ist auch das beste Mittel zur Haltbarmachung des Weinmostes, ebenso wie ein Zusatz von Alkohol leichte Weine transportfähig macht, und das Pasteurisiren — Erwärmen auf 40—60° C. — und das Durchleiten eines elektrischen Stromes auf die Haltbarkeit von Weinen von grossem Einflusse ist, weil durch diese beiden Methoden fast alle Eiweissstoffe zu Boden geschlagen werden, letzteres auch die Säure abstumpft und das Bouquet erhöht.

Ueber den jetzigen Stand der Gemüsekonservirung lässt uns die recht inhaltreiche Arbeit Angaben leider vermissen.

Schlockow.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.
Sitzung vom 10. Dezember 1900.

1. Herr **Max Edel**: Ueber bemerkenswerthe Selbstschädigungsversuche. (Autoreferat.)

Vortragender bespricht zwei ernstere Selbsterdrosselungsversuche und eine vorübergehende Tobsucht in Folge von Atropinvergiftung, welche er im Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg beobachtet hat. Die Selbsterdrosselungsversuche wurden auf bemerkenswerthe Weise vorgenommen, haben im Gegensatz zu den in Irrenanstalten häufig gesehenen vergeblichen und unbedeutenden Versuchen zu schweren Erscheinungen geführt und hätten zweifellos den Tod zur Folge gehabt, wenn nicht sofort Hilfe zur Stelle gewesen wäre.

Eine 38jährige Frau, welche an Paralyse litt und wegen raptusartiger Aufregungszustände mit gewaltthätigen Handlungen vorübergehend in der Isolirung gehalten werden musste, machte in einem Angstaffekt am 27. November 1899 einen Selbsterdrosselungsversuch und zwar mit ihren eigenen Haaren. Sie wurde bewusstlos auf der rechten Seite liegend gefunden. Das lange Haar hatte sie fest um den Hals geschlungen, das Ende des Haares hielt sie mit ihren Händen noch krampfhaft fest. Sie blutete aus der Nase. Das Gesicht war gedunsen und cyanotisch, die Nasenspitze weisslich. Sie war mit kaltem Schweiss bedeckt. Die Augen waren vorgequollen, die Bulbi nach oben gedreht. Es bestand Chemosis und blutige Verfärbung der Conjunctiven. Der Speichel war blutig, der Puls war klein, unregelmässig und setzte oft aus. Die Athmung stand still. An der Beugeseite des linken Zeigefingers hatte das Haar in Folge des heftigen Zugs scharf in die Haut eingeschnitten. Es mussten $1^1/_2$ Stunden lang mit kurzer Unterbrechung künstliche Athmung und Herzmassage ausgeführt und eine Reihe von Campherinjektionen gegeben werden, ehe die Athmung wieder anhaltend selbständig funktionirte. Die Benommenheit hielt noch längere Zeit an, und erst nach mehreren Stunden erwachte die Pat. zum Bewusstsein. Um den Hals verlief eine Marke, welche am Nacken unter dem Haaransatz als ein 2 cm breiter tief blaurother Streifen mit 2 Begrenzungslinien noch viele Tage deutlich zu erkennen war. Vorn war eine nicht scharfe Abgrenzung in der Gegend des pomum Adami zwischen dem blassen Hals und der cyanotischen suggillirten Oberhals- und Unterkinngegend vorhanden. Im Verlauf der Marke waren Hautabschürfungen zu sehen, welche sich mit Schorfen bedeckten. Die Blutungen in den Augenbindehäuten verschwanden erst nach mehreren Wochen. Unter Digitalisgebrauch besserte sich der Puls allmählich. Nur in wenigen Fällen waren in der Literatur ernste örtliche Veränderungen, wie sie hier vorgelegen haben, beschrieben. Das Haar habe hier ohne Knoten und Knebel fast verhängnissvoll gewirkt. Trotz der lange währenden Bewusstlosigkeit habe das fest gezogene Haar und die krampfhafte Anspannung in den Armen und Händen ein Nachlassen des Druckes auf den Hals verhindert. Forensisch von Interesse wäre, dass die Marke nicht gleichmässig tief um den Hals verlief, sondern dass sie vorn in Folge des dicken Haares undeutlich war.

Den zweiten bemerkenswerthen Selbsterdrosselungsversuch machte ein 25jähriger Mann, der an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit mit hochgradiger Aufregung litt, am 9. Dezember des Jahres. Er riss Stücke von seinem Hemd ab und knotete sie zu einer Schlinge zusammen. Diese legte er vom Nacken her um den Hals, drehte sie vorn mehrfach zu einem Knebel zusammen und steckte sein rechtes Bein bis zum Oberschenkel durch das andere Ende der Schlinge. Indem er nun das Bein kraftvoll ausstreckte, musste ein heftiger Zug, eine enorme Anspannung des Knebels und so eine ungewöhnlich starke Zusammenschnürung des Halses erfolgen. Hier vereinigte sich also Zug- mit Knebel- und Hebelwirkung. Er wurde dunkelblauroth im Gesicht, in sitzender Stellung, aber bei Bewusstsein angetroffen, während man annimmt, dass bei Zusammenschnürung des Halses sofort Bewusstlosigkeit eintritt. Die Augen waren vorgequollen, blieben gedunsen, und in den Augenwinkeln waren Blutungen zu sehen. Um den Hals verlief eine deutliche Marke, welche entsprechend der Situation am Nacken am höchsten sass und vorn über der Ringknorpelgegend lag. Sie war nicht gleichmässig tief, sondern am tiefsten am Nacken, wo der Zug am stärksten gewirkt hatte, und vorn am Halse, wo der Knebel gesessen hatte.

Die vorübergehende Tobsucht in Folge von Atropinvergiftung kam nach nur etwa 5 mgr. Atropinum sulfuricum zustande, welche eine 42jährige etwas exaltirte Frau in Folge eines ehelichen Zwistes in selbstmörderischer Absicht am 28. Oktober v. J. getrunken hatte. Sie erbrach etwas. Der alsbald hinzugerufene Arzt fand sie bewusstlos, mit weiten, etwas differenten, lichtstarren Pupillen, pulslos und unruhig agitirend. In ein städtisches Krankenhaus überführt, wurde sie unruhig, war gänzlich desorientirt und verursachte ruhestörenden Lärm. Daher wurde sie in unsere Anstalt gebracht. Schon auf dem Transport wurde sie tobsüchtig und biss um sich. In der Anstalt hielt die tobsüchtige Erregung an. Sie schrie, zeigte Todesangst und wähnte, mit Messern gestochen und gemordet zu werden. Der Athem war keuchend, der Puls beschleunigt, die Pupillen waren weit. Sie sah kongestionirt aus. Am folgenden Tag war sie ruhiger, konnte sich an den Besuch des Arztes, ihren Aufenthalt im städt. Krankenhaus und ihre Ueberführung von dort nicht erinnern, wusste aber dass sie Atropin getrunken hatte. Sie gab an,

das Gefühl gehabt zu haben, als würde sie gepiekt und mit Stecknadeln gestochen. In der Erregung hatte sie sich Suggillationen an den Beinen zugezogen. Sie sah blass aus, hatte gesteigerte Reflexe und klagte über Trockenheit im Hals. Das rechte Auge war mit Irisadhäsion und Hornhautlecuom behaftet, die Pupille rechts eng und lichtstarr, die linke weit und reagirte weder auf Lichteinfall noch Accomodation. In der nächsten Nacht spürte sie noch Jucken im ganzen Körper, und vermeinte von Ungeziefer gestochen zu werden. Die Störung der Accomodation und Lichtreaktion glich sich in wenigen Tagen an dem linken Auge aus. Im übrigen klagte sie noch eine Zeit lang über allgemeine Mattigkeit und Magenbeschwerden. Nach 14 Tagen wurde sie genesen aus der Anstalt entlassen. Während Atropin in Dosen von 1—3 mgr. bei maniakalischen Zuständen beruhigend wirkt, habe es hier in relativ geringer Dosis zu stürmischen Erscheinungen geführt, die wie gewöhnlich bald glücklich abgelaufen sind. Von Sinnestäuschungen wären namentlich Gefühlsstörungen hervorgetreten. Es schien eine erhöhte Reizbarkeit der sensiblen Nervenendigungen vorzuliegen. Vortragender wendet sich gegen die Bemerkung Koberts, dass Pat. mit Atropinvergiftung vom unwissenden Publikum, ja selbst von Aerzten irrthümlicherweise in Irrenanstalten gebracht würden. Eine tobsüchtig erregte Person gehöre in eine solche. In therapeutischer Hinsicht hebt er den günstigen Einfluss von Morphiuminjektionen hervor.

Herr Leppmann führt unter Vorzeigung eines Bildes einen Fall von Selbsterdrosselung eines Geistesgesunden an, welcher dieselbe im Gefängniss in sitzender Stellung mit seinem breit zusammengelegten Halstuch bewirkt hatte. Dieses hatte er von vorn um den Hals gelegt und die Enden des Tuches vorn fest zusammengeknüpft. Auffallend war dabei das Fehlen der Strangmarke. Einige punktförmige Blutaustritte waren nur am oberen Rande zu bemerken.

2. Herr **Toby Cohn** stellt 1. einen hochgradigen Fall von allgemeiner cerebraler Gliederstarre (Little'sche Krankheit) mit doppelseitiger Athetose kombinirt vor. Es handelte sich um ein 18 jähriges Mädchen, welches mit der Zange geboren und im ersten Lebensjahr „Gehirnentzündung" durchgemacht hat, wobei sie Krämpfe gehabt haben soll. Sie blieb in der Entwickelung zurück und gleicht einem 12 jährigen Kinde; die Sprache blieb undeutlich, sie konnte nur ein wenig stehen und einige Schritte gehen, mit den Händen nicht greifen. Geistig ist sie nicht ohne Intelligenz geblieben, wenn sie auch ein kindliches Wesen hat. Die Kranke wird fortwährend durch Spontanbewegungen belästigt, die den ganzen Körper betreffen. Der Kopf, die Arme und Beine stehen in krampfhafter Haltung und sind der Sitz klonischer, tonischer oder athetotischer Bewegungen. Der linke Arm befindet sich in wenig löslicher Contracturstellung, beide Beine sind gestreckt und spastisch, die Füsse in Calcaneus-Valgushaltung. Beiderseits ist das Babinskysche Fussohlenphänomen nachweisbar.

2. Eine 36 jährige Frau mit Alopecia areata, fleckweisem Auftreten von langen weissen Haaren unmittelbar nach dem Erscheinen der kahlen Stellen, und hemicranischen Anfällen.

3. Herr **Leppmann:** Ueber Ladendiebinnen. (Der Vortrag erscheint als Originalartikel in dieser Zeitschrift.)

Herr Mendel bemerkt, dass eine Aenderung in der Auffassung des Begriffes der Kleptomanie eingetreten sei. Diejenigen, welche ohne Noth triebartig stehlen, also nicht die Reichen, bezeichnete man früher mit kleptomanisch. Vorzugsweise paralytische, imbecille und einige hypomanische Frauen befänden sich unter seinem diesbezüglichen Material. Er bezweifle, dass man die neurasthenischen alle unter den § 51 des Strafgesetzbuches oder selbst unter die verminderte Zurechnungsfähigkeit bringen könne. Manche Frauen seien, wenn auch sonst anständig, aber sittlich nicht standhaft genug, um einer guten Gelegenheit zu einem kleinen Diebstahl zu widerstehen. M. erklärt sich mit den Ausführungen des Vortr. über die verminderte Zurechnungsfähigkeit im ganzen einverstanden und erblickt in der bedingten Veurtheilung einen grossen Fortschritt.

Herr Rotmann berichtet über eine Ladendiebin, welche Pupillenstarre und fehlende Kniereflexe, abgesehen von neuritischen Beschwerden bei Syphilis und Alkoholismus aufwies. Sie wurde trotz der Paralyse und verminderter Zurechnungsfähigkeit vom Gericht belangt und bestraft. Durch das Herumwühlen in den Sachen würde in den Waarenhäusern die Gelegenheit zu den Diebstählen gegeben und der Sinn dafür geweckt.

Herr Leppmann hat unter Kleptomanie eine Reihe von Fällen mit periodisch-manischen Zuständen beschrieben gefunden. Unter den Neurasthenischen habe er nur die schwer siechen Personen mit hochgradiger Blutarmuth im Auge. Bei Tabes brauche nicht verminderte Zurechnungsfähigkeit zu bestehen.

4. Herr **Mendel:** Ueber Tabes beim weiblichen Geschlecht.

M. betont die Verschiedenheit der Angaben in der Literatur über die Häufigkeit der Tabes beim weiblichen Geschlecht. Unter seinem poliklinischen Material befanden sich 725 Männer und 288 Frauen mit Tabes, sodass eine tabische Frau auf 2,7 tabische Männer kam. In seiner konsultativen Praxis der letzten 20 Jahre war das Verhältniss von tabischen Männern zu Frauen wie 25 : 1. Bei den minder Begüterten stelle es sich also ebenso wie bei der Paralyse etwa wie 3 : 1. Das Alter war etwas höher bei den Frauen wie bei den Männern. Von den 288 tabischen Weibern waren 252 verheirathet und 36 unverehelicht. Von den ersteren waren 83, d. h. 32,5 Prozent kinderlos. Konzipirt hatten überhaupt nicht 35, also 22 Prozent. Die Zahl der Aborte bei denjenigen, welche empfangen, aber keine Kinder hatten, war eine sehr grosse. Schon mehrere Autoren hätten auf die Thatsache hingewiesen, dass tabische Frauen oft keine oder wenig Kinder hätten. Crohn habe unter 33 tabischen Frauen 10 als steril angegeben, also 30 Prozent. Die Zahl der sterilen Ehen überhaupt betrüge ungefähr 10—15 Prozent der Bevölkerung. 200 nicht tabische Frauen aus seiner Klinik hatten eine Sterilität von 10,5 Prozent. Daraus gehe für die tabischen Frauen eine dreimal so grosse Sterilität hervor wie für die gewöhnliche Bevölkerung. Es müsse bereits vor dem Ausbruch der ersten Symptome etwas Krankhaftes im Körper die Konzeption verhindern oder bei eingetretener Konzeption Aborte oder den Tod der Kinder verursachen. M. hebt nun eine Reihe von interessanten Fällen hervor, wo lebende Kinder erzeugt waren und berührt sodann die Tabes-Syphilisfrage, die man mit Zahlen allein nicht entscheiden könne. Wenn man die sterilen Ehen in Beziehung zur Tabes bringe und wisse, dass die Syphilis eine der Hauptursachen der Sterilität ist, so könne man kaum einen Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis leugnen. Die Frage über die Aetiologie der Tabes sei auch beim weiblichen Geschlecht noch nicht mit Sicherheit festzustellen. Mit den Worten Erkältung oder Nähmaschinen sei nichts anzufangen, die heriditäre Anlage spiele nach seinen Erfahrungen keine erhebliche Rolle. M. führt Fälle an, wo man von einer solchen Anlage sprechen konnte, aber eine Komplikation mit Syphilis vorlag. Das ataktische Stadium scheine bei den Frauen viel später als bei den Männern einzutreten. Trophische Störungen kämen bei Frauen seltener als bei Männern vor, ebenso wie Krisen.

Dagegen werde der Sehnerv bei Frauen auffallend häufiger betroffen. Die Tabes des weiblichen Geschlechts verlaufe, wie die Paralyse, milder und ohne die stürmischen Erscheinungen, die bei Tabes und Paralyse der Männer auftreten. Hysterie komme häufig mit der Tabes der Frauen komplizirt vor. Endlich habe er drei Fälle von Basedow mit Tabes zusammen getroffen.

Herr Crohn glaubt nur die ganz einwandfreien Fälle von Syphilis bei Tabes in Betracht ziehen zu müssen, wie er es in seiner Statistik gethan hat. Dabei hat er Syphilis sicher in 44 Prozent bei den weiblichen Tabikern konstatiert, wogegen die nicht Tabischen höchstens 5 Prozent Syphilis aufwiesen. Nach Schluss seiner Arbeit hat er noch 32 weibliche Tabiker beobachtet, von denen 40 Prozent ganz einwandsfrei Syphilis hatten. Er führt ein eclatantes Beispiel an, in welchem eine syphilitische Infektion in einem Fall mit hereditärer Anlage vorlag. Ein 17 jähriges Mädchen, das vom dreizehnten Lebensjahr deutliche Erscheinungen von Tabes darbot, war im ersten Jahr von einem mit florider Lues behafteten Dienstmädchen syphilitisch infizirt worden und stammte von einem paralytischen Vater.

Herr Jolly bemerkt bezüglich der Häufigkeit der Tabes beim männlichen und weiblichen Geschlecht, dass nach seinen Erfahrungen in der Praxis 1 Frau auf 1,77 Männer kam. In dem poliklinischen Material war 1 tabische Frau auf 2,17 Männer vorhanden, also ein ähnliches Verhältniss, wie es der Vortr. aus seiner Poliklinik angegeben hätte. Die ärmere Bevölkerung stelle thatsächlich ein grösseres Kontingent tabischer Frauen wie die wohlhabendere. Von den tabischen Frauen hätten nach der Zusammenstellung von Kuhn aus seiner Klinik etwas über 35 Prozent sicher Lues gehabt, von den nicht tabischen Nervenkranken ungefähr 7 Prozent. Das entspreche den Angaben von Mendel und Crohn. Die Syphilis spiele wohl eine wesentliche Rolle bei Tabes, beherrsche aber nicht die Aetiologie derselben.

Herr Mendel glaubt, dass es zur Lösung der Frage nach der Aetiologie der Tabes ausser der Statistik noch anderer Wege bedürfe. Wahrscheinlich erscheine wohl der Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes, eine Sicherheit sei auf dem Wege der Statistik nicht zu erhalten. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Netzbruch, angeblich beim Verlegen von Kabeln entstanden, nicht als Betriebsunfall anerkannt.

Am 31. Juli 1899 erstattete der Tiefbauunternehmer H. eine Unfallanzeige, der Arbeiter Franz W. habe sich am 21. desselben Monats beim Kabellegen bezw. -ziehen für eine Elektrizitäts-Gesellschaft einen Netzbruch zugezogen. W. habe am 26. Juli die Arbeit aufgegeben, erst am 29. Juli sei er vom Arzt auf sein Leiden aufmerksam gemacht worden und habe um Meldung des angeblichen Unfalles ersucht. Die zuständige Berufsgenossenschaft überwies W., um zunächst die Natur des Leidens festzustellen, ihrem Vertrauensarzte Dr. N., welcher am 13. August 1899 in der Mittellinie des Leibes, etwa 6 cm vom Nabel aufwärts eine etwa pflaumengrosse, bei Hustenstössen konstant bleibende Schwellung feststellte, welche nach den Aussagen des Untersuchten druckempfindlich war. Der Arzt liess es dahin gestellt, ob es sich um eine Vorstülpung des Netzes handele, begutachtete indessen, dass die vorliegende Anomalie nicht durch den angeblichen Unfallsvorgang hervorgebracht sei. Am 25. Oktober 1899 wurde W. anlässlich seines Erscheinens in den genossenschaftlichen Diensträumen nochmals, diesmal von dem Vertrauensarzt Dr. R. untersucht. Es ergab sich derselbe Befund wie im August, nur liess sich feststellen, dass die Geschwulst sich aus mehreren Theilen von etwa Bohnengrösse zusammensetzte. Dr. R. hielt es für wenig wahrscheinlich, dass das Gebilde einen Bruch darstelle, sondern hielt es für eine vielleicht bösartige Geschwulst, die jedenfalls einem Unfalle ihre Entstehung nicht verdanke. Die Berufsgenossenschaft wies die Rentenansprüche des W. ab, das Schiedsgericht schloss sich der Abweisung an, da W. am 21. Juli 1899 keine über den Rahmen der regelmässigen Betriebsthätigkeit hinausgehende Anstrengung geleistet habe, also das Bruchleiden nicht durch Betriebsunfall entstanden sei. Das Reichsversicherungsamt, welchem die Entscheidung in der Rekurs instanz oblag, erschien es bei der Begutachtung des Dr. R. doch zweifelhaft, ob die bei W. vorhandene Geschwulst thatsächlich einen Netzbruch darstelle. Da der Kläger vom 26. Oktober bis 23. November wegen seines Leidens Aufnahme in der Königl. Klinik zu B. gesucht hatte und dort auch einer Operation unterzogen worden war, wurde die Krankheitsgeschichte aus der Klinik eingefordert. Aus dieser ergab sich dass bei der am 2. November 1899 vorgenommenen Operation eine Spaltung der Haut über der Geschwulst vorgenommen worden war, und ein etwa kirschgrosser Fettgeschwulstklumpen unterbunden und abgetragen worden war. Das Reichs-Versicherungsamt hielt hiernach die Richtigkeit der Annahme eines Netzbruchs für gesichert, schloss sich der vom Schiedsgericht vertretenen Auffassung von der Entstehung derartiger Leiden an wies und die Ansprüche des Klägers ab.

(Unf.-Vers.-Pr.)

Erwerbsverminderung bei gut geheiltem Rippenbruch.
(Rek.-Entsch. vom 30. Mai 1900.)

Der Brauereiarbeiter August Sch. erlitt durch einen Unfall eine Quetschung der rechten Brust und einen Bruch der 7. rechten Rippe. Nach Abschluss der Behandlung erklärte der Kreisphysikus Dr. S. den Verletzten für geheilt und arbeitsfähig und nach einem Schreiben der Arbeitgeber hat Sch. auch in dem Betriebe weitergearbeitet und seine früheren Arbeiten ausgeführt. Sch. erhob nun wegen der Folgen seines Unfalles Anspruch auf Unfallrente, wurde jedoch durch Bescheid der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft abgewiesen, weil nach dem Gutachten des Dr. S. erwerbsbeschränkende Folgen des Unfalles nicht vorhanden seien. Auf die gegen diesen Bescheid rechtzeitig erhobene Berufung des Klägers ist im schiedsgerichtlichen Verfahren ein Gutachten von der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in B. eingefordert. Nach diesem Gutachten besteht beim Kläger als Folge des Unfalles nur eine geringe druckempfindliche Verdickung der Bruchstelle des Rippenbruches, andere krankhafte Veränderungen oder Zeichen einer nervösen Störung sind nicht nachzuweisen. Wenn der Gutachter, so führt das Schiedsgericht aus, trotz dieses Befundes, wonach die Klagen des Verletzten mit dem geringen objektiv nachweisbaren Symptome nicht ganz in Einklang stehen, den Kläger wegen der bestehenden Druckempfindlichkeit der Bruchstelle noch um 20 Prozent gewerbsbeschränkt hält, so hat das Schiedsgericht sich dieser Schätzung nicht anschliessen können, sondern ist dem Gutachten des Dr. S. gefolgt. Da der Kläger, wie feststeht, die Arbeit im Betriebe von H. und G. Ende Juni 1899, also sechs Wochen nach dem Unfall wieder aufgenommen und im früheren Umfang auch ausgeführt hat und nach eigener Angabe bis Ende Oktober 1899 gearbeitet hat, da ferner nach den übereinstimmenden Gutachten des Dr. S. und der Universitätsklinik als objektiv nachweisbare Folgen des Unfalles nur eine Verdickung der Rippe an der Bruchstelle besteht,

so hat das Schiedsgericht die Ueberzeugung gewonnen, dass die Druckempfindlichkeit der Bruchstelle, nachdem mehr als ein halbes Jahr seit dem Unfall verstrichen ist, keine derartige sein kann, dass sie den Kläger in nennenswerther Weise in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt. Eine Unfallrente soll nur dann gewährt werden, wenn der Verletzte durch die Folgen eines Unfalls eine wirthschaftlich messbare Schädigung seiner Erwerbsfähigkeit erleidet, eine solche ist aber hier, wo nur subjektive Schmerzäusserungen des Klägers vorliegen, die sich mit dem aktiven Befund nicht in Uebereinstimmung bringen lassen und nach der raschen Heilung des einfachen Rippenbruches und der inzwischen ausgeübten viermonatigen Arbeitszeit unglaubhaft sind, nicht anzunehmen. Gegen diese Entscheidung hat der Kläger fristzeitig Rekurs eingelegt; er beruft sich auf das Gutachten der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in B. vom 20. Januar 1900 und bestreitet, die Arbeit wieder im früheren Umfange aufgenommen zu haben. Er behauptet, noch derartiges Stechen in der Brust zu verspüren, dass ihm manchmal die Luft ausgehe. Das Reichs-Versicherungsamt vernichtete auch die Vorentscheidung und verurtheilte die Berufsgenossenschaft, indem unter Anderem ausgeführt wurde: Bei dem Widerspruch der vorliegenden Gutachten einerseits des Königl. Physikus Sanitätsraths Dr. S. vom 10. November 1899 und 8. Februar 1900, andererseits der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in B. hat das Rekursgericht mit dem letzteren annehmen zu sollen geglaubt, dass bei dem Kläger zur Zeit auch eine gewisse Druckempfindlichkeit an der Bruchstelle der 7. rechten Rippe besteht, welche bei Arbeiten, die angestrengteres Athmen erfordern, hinderlich ist. Die dadurch herbeigeführte Einbusse an Erwerbsfähigkeit hat das Rekursgericht indessen nicht so hoch zu veranschlagen vermocht wie die chirurgische Klinik, sondern hat dieselbe mit Rücksicht auf den geringfügigen objektiven Befund durch eine Rente von 10 Prozent für ausreichend abgegolten erachtet, zumal auch die Klinik eine allmähliche Besserung erwartet.

M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ist Geruch von Heringsfässern gesundheitsschädlich?

Entscheidung vom 12. 11. 1900.

Ein Kaufmann S. aus der Gegend von Kattowitz hatte eine polizeiliche Verfügung erhalten, in welcher ihm aufgegeben wurde, Heringstonnen wegen des üblen Geruches nicht mehr zu lagern. Die Klage wurde vom Bezirksausschuss abgewiesen. Diese Entscheidung focht S. durch Berufung an und bestritt, dass die Voraussetzungen für den Erlass der Verfügung vorhanden seien; denn Dr. K. habe am 26. und 28. Juli 1898 einen als gesundheitsschädlich zu bezeichnenden Geruch nicht wahrgenommen und die Heringsfässer gesäubert gefunden. Auch der Kreisphysikus, Geheime Sanitätsrath Dr. F., dessen Vernehmung der Kläger beantragt, habe erklärt, dass das Lagern leerer Heringstonnen selbst in grösserer Anzahl auf dem freien, mit Mauern umgebenen Hofe weder für die näher, noch für die entfernter Wohnenden gesundheitsschädlich, sondern nur in der warmen Jahreszeit durch den üblen Geruch dieselben zu belästigen geeignet sei. Gegenüber den Gutachten der Aerzte seien die Ansichten des als Nachbar interessirten Stadtraths F. und des Polizeiinspektors B., zweier Laien, nicht zu beachten; die Zeugen hätten sich nur über den üblen Geruch der Fässer ausgelassen; da die angefochtene Verfügung ausdrücklich die Gesundheitsgefährlichkeit des Geruches betone, diese aber nicht nachgewiesen sei, erscheine die Entscheidung des Bezirksausschusses und die darin aufrecht erhaltene Polizeiverfügung hinfällig. Das Oberverwaltungsgericht gab der Berufung aus folgenden Gründen statt: Der Wortlaut der an den Kläger gerichteten Aufforderung, das Lagern der Tonnen zu unterlassen, erweckt den Zweifel, ob das Lagern übelriechender Heringstonnen unbedingt oder nur dann untersagt sein soll, wenn der üble Geruch eine gesundheitsschädliche Stärke erreicht. Ist die Verfügung im ersten Sinne auszulegen, so geht sie unzweifelhaft zu weit, weil ihre thatsächlichen Voraussetzungen dann nicht vorhanden sind, denn auch nach dem Gutachten des Kreiswundarztes Dr. K. vom 1. August 1898 ist anzunehmen, dass der den Tonnen entströmende Geruch nicht unter allen Umständen, sondern nur dann gesundheitsgefährlich zu werden geeignet ist, wenn er eine Ekel erregende Stärke erreicht. Will dagegen die Verfügung nur das Lagern solcher Heringstonnen verbieten, deren übler Geruch eine die Gesundheit schädigende Stärke hat, so entbehrt sie der erforderlichen Bestimmtheit; denn es fehlt an einem objektiven Massstab für die Stärke des Geruches: der einzig vorhandene ist das subjektive Empfinden der Personen, die dem Geruche ausgesetzt sind, und dieses hängt wiederum von der Schärfe ihres Geruchsinnes ab. Aus einer Verfügung, die das Lagern gewisser Gegenstände nur dann verbietet, wenn sie einen gesundheitsschädlichen Geruch ausströmen, im Uebrigen aber zulässt, kann der Betheiligte also nicht ohne Weiteres entnehmen, ob das Lagern im einzelnen Falle zugelassen oder verboten ist; sie ist daher ausser Kraft zu setzen.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dr. Jessners Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 1. des Haarschwunds Ursache und Behandlung. Zweite verbesserte Auflage. Würzburg A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch) 1900.

Das vorliegende, in zweiter verbesserter Auflage, erschienene Heft enthält eine erschöpfende Darstellung der heut herrschenden Anschauungen über „des Haarschwunds Ursachen und Behandlung“: Verf. bespricht zunächst die Alopecia adnata, senilis und praematura, geht dann zu einer Schilderung der ausserordentlich wichtigen Alopecia seborrhoica und der in ihrer Aetiologie bisher noch immer nicht genügend aufgeklärten Alopecia areata über und schliesst daran die Besprechung der Alopecia mycotica (sowohl trichophytica; als auch favosa). Anhangsweise wird dann noch die Alopecia symptomatica besprochen, sei es dass sie im Gefolge von mit Gewaltzerstörungen einhergehenden Hautleiden oder von Allgemeinerkrankungen auftritt. Ueberall wurden die neuesten Forschungen kritisch gewürdigt, namentlich die Arbeiten Unna's und Sabourauds — beide noch einer gründlichen Nachprüfung bedürfend — berücksichtigt. Bei der Besprechung der Therapie weist Verf. auf die Schwierigkeiten hin, welche der oft langwierigen Behandlung von Haarleiden hindernd im Wege stehen, betont aber andrerseits die Erfolge, welche der Arzt selbst in vernachlässigten Fällen durch Anwendung der empfohlenen Therapie erzielen kann. In fliessendem Stil geschrieben, wird das Büchlein vielen Aerzten zur Erweiterung und Ergänzung ihrer Kenntnisse auf dem besprochenen Gebiete willkommen sein. Ledermann.

Ostmann, Professor Dr. P., Direktor der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke zu Marburg. Die Krankheiten des Gehörorganes in der Armee. Leipzig 1900. Verlag von Arthur Georgi. 138 Seiten. Preis 3 Mk.

Bei den vielen Berührungspunkten, die sich zwischen der Thätigkeit des ärztlichen Sachverständigen und der des Militärarztes ergeben, dürfte es berechtigt sein, unsere Leser auf die

neue Arbeit Ostmann's hinzuweisen. Das Buch ist ein Sonderabdruck aus dem von Düms herausgegebenen Handbuch der Militärkrankheiten (Band III). Der Verfasser hebt in der Vorrede hervor, dass der Sanitätsoffizier durch die Eigenart seines Berufes gezwungen ist, den kranken Soldaten nicht allein zu behandeln, sondern auch sehr häufig nach Massgabe der Dienstvorschriften zu beurtheilen. Der Grundsatz, dass nur der felddienstfähige Mann eingestellt, dieser aber auch gesund erhalten werden soll, verlegt den Schwerpunkt der rein ärztlichen Thätigkeit des Sanitätsoffiziers auf das Gebiet der Hygiene und auf die Behandlung der akuten Erkrankungen, den Schwerpunkt seiner Thätigkeit als Sachverständiger auf die Beurtheilung chronisch Kranker. Im Sinne dieser Aufgaben hat Ostmann einen Rathgeber für das Gebiet der Ohrenheilkunde geschaffen, der eine Fülle praktischer Winke und Belehrungen bietet, und dessen Lektüre daher auch dem ärztlichen Sachverständigen im Zivil angelegentlichst gerathen werden kann.

Richard Müller.

Hasse, Professor Dr. C. Handatlas der Hirn- und Rückenmarksnerven in ihren sensiblen und motorischen Gebieten (2. vermehrte und umgearbeitete Auflage). 40 Tafeln. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. 12 Mark 60 Pfg.

Bei einem Werke wie dem vorliegenden, das schon verhältnissmässig kurze Zeit nach seinem ersten Erscheinen eine Neuauflage erfordert hat, bedarf es kaum einer ausführlichen Besprechung. Der Verfasser erwähnt in der Vorrede bescheiden die Mängel, welche der ersten Auflage angehaftet haben und in der zweiten, soweit es eben nur der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse erlaubt, berichtigt sind. Dem Leser oder richtiger gesagt dem Beschauer des Buches werden sicherlich die etwa noch übrig gebliebenen Ungenauigkeiten weit weniger ins Auge fallen als die Vorzüge des Werkes, welches durch die geradezu verblüffende Anschaulichkeit und Uebersichtlichkeit seiner Bilder dem Praktiker die Orientirung auf einem an das Gedächtniss fast übergrosse Anforderungen stellenden Gebiete ausserordentlich erleichtert.

Tagesgeschichte.

Zur Ausführung des Kreisarztgesetzes.

Dem am 10. Januar dem preussischen Abgeordnetenhause vorgelegten Etat des Kultusministeriums ist eine Denkschrift über die Ausführung des Kreisarztgesetzes beigegeben worden, von deren Inhalt wir den Tageszeitungen folgendes entnehmen:

Durch das Kreisarztgesetz ist der Regierung die Befugniss gegeben, kleinere Kreise zu einem Kreisarztbezirke zusammen zu legen. Auf Grund dieses Rechtes sind eine ganze Reihe von Physikaten aufgehoben worden. Vereinigt sind nämlich zu Kreisarztstellen die Physikate Kottbus-Stadt und Land, Belgard und Schivelbein, Goldberg-Haynau und Schönau, Jauer und Bolkenhein, Langensalza und Weissensee, Husum und Eiderstedt, Norder- und Süderdithmarschen, Syke und Sulingen, Hannover-Land und Neustadt am Rebenberge, Alfeld und Gronau, Osterode und Duderstadt, Einbeck und Uslar, Gifhorn und Isenhagen, Fallingbostel und Soltau, Blechede und Dannenberg, Harburg und Winsen, Stade und York, Kehdingen und Neuhaus a. O., Lehe und Hadeln, Blumenthal und Osterholz, Verden und Achim, Bremervörde und Zeven, Lingen und Meppen, Aschendorf und Hümmeling, Osnabrück-Stadt und Land, Wittlage und Iburg, Leer und Weener, Bielefeld und Halle i. W., Bochum-Stadt und Land und Witten, Fritzlar und Homberg, Frankenberg und Kirchhain, Hersfeld und Hünfeld, Fulda und Gersfeld, Obertaunuskreis und Usingen, Daun und Prüm, Heinsberg und Geilenkirchen, Montjoie und Eupen, Hechingen und Haigerloch. Eine weitere Verminderung der Kreismedizinalbeamtenstellen ist dadurch eingetreten, dass für diejenigen Kreise, die mehr als einen Physiker hatten (drei Physiker waren im Kreise Schleswig, je zwei in den Kreisen Königsberg i. d. Neum., Hadersleben, Husum, Tondern, Oldenburg, Plön, Süderdithmarschen, Steinburg, Stormarn) bestimmt worden ist, dass ein Kreisarzt die medizinalpolizeilichen Geschäfte zu besorgen hat. Die Kreiswundarzt- und Oberwundarztstellen werden aufgehoben. Hingegen sind neu hinzugekommen die Kreisarztassistenten. Als solche sollen jüngere Aerzte angestellt werden, mit der Aufgabe, dem Kreisarzte bei der Ausübung seines Amtes zur Hand zu gehen. Es sollen ihnen insbesondere die bakteriologisch-hygienischen Untersuchungen zufallen. Vorgesehen sind dreissig Stellen für Kreisarztassistenten.

Es waren 1900 zu besolden 537 Stadt-, Kreis- und Bezirksphysiker, 4 Oberamtsphysiker, 284 Kreiswundärzte und 6 Oberamtswundärzte, insgesammt 831 Kreismedizinalbeamte (die selbstständigen Gerichtsphysiker sind dabei ausser Acht gelassen). In dem Etat für 1901 sind die Besoldungen für 493 Kreisärzte, 4 Amtsphysiker und 30 Kreisassistenzärzte ausgeworfen. Die Zahl der in den Kreisen thätigen Medizinalbeamten geht danach um 304 zurück.

In dem ersten Entwurfe der Medizinalreform in Preussen war vorgesehen, den Kreisarzt zum vollbesoldeten Beamten zu machen. Von der Verwirklichung dieser Absicht ist nun abgesehen worden. Im Kreisarztgesetz wurde nur festgelegt, dass es gestattet sein sollte, „wo besondere Verhältnisse es erfordern", vollbesoldete Kreisärzte anzustellen. Das soll in insgesammt fünfzehn Kreisen „zunächst versuchsweise" geschehen. Es sind dies die Kreise: Gumbinnen, Thorn, Lebus und Frankfurt a. O.-Stadt, Waldenburg, Oppeln-Stadt und Land, Kattowitz-Stadt und Land, Harburg-Stadt und Land und Winsen, Recklinghausen, Bochum-Stadt und Land und Witten, Gelsenkirchen-Stadt und Land, Duisburg-Stadt und Ruhrort, Mühlheim a. d. R., Essen-Stadt und Land, Solingen-Stadt und Land und M.-Gladbach-Stadt und Land. Unter den Kreisen, in denen vollbesoldete Kreisärzte angestellt worden sind, sind die meisten Sitz einer ausgedehnten Industrie.

Eine wesentliche Erweiterung hat der selbständige gerichtsärztliche Dienst erfahren. Im Allgemeinen ist die Thätigkeit des Gerichtsarztes mit derjenigen des Kreisarztes verbunden geblieben, so dass der Kreisarzt zumeist immer zugleich Gerichtsarzt ist. Vorgeschlagen war ursprünglich die Trennung des gerichtsärztlichen Dienstes von demjenigen des Kreisarztes. Aber wie für die vollbesoldeten Kreisarztstellen wurde einschränkend bestimmt, dass nur dort, wo besondere Verhältnisse es erfordern, besondere Gerichtsärzte angestellt werden sollen. Bisher gab es in Preussen sieben Gerichtsphysikate. Jetzt werden 15 Stellen für besondere Gerichtsärzte vorgesehen. Zu den bisherigen vier Gerichtsphysikaten in Berlin und den drei Physikaten in Königsberg, Breslau, Köln kommen hinzu besondere Gerichtsarztstellen für die Bezirke Niederbarnim, Gleiwitz, Zabrze und Pless, Beuthen-Tarnowitz, Königshütte-Kattowitz, Magdeburg-Wolmirstedt, Hannover-Linden, Dortmund-Hörde, Bochum-Witten, Frankfurt a. M., Elberfeld-Barmen.

Beabsichtigt wird weiterhin noch, zugleich zur Hebung der gerichtlichen Medizin in wissenschaftlicher Hinsicht, an den Universitäten Königsberg, Breslau, Halle und Bonn je eine etatsmässige ausserordentliche Professur für gericht-

liche Medizin zu schaffen, deren Inhaber zugleich die Obliegenheiten des Gerichtsarztes des Bezirks haben sollte.

Wie steht es in der Folge mit der Besoldung der Kreisärzte? Die vollbesoldeten Aerzte beginnen mit 3600 Mk. und steigen in vier Stufen von je drei Jahren um 600, 500, 500, 500 Mk. bis auf 5700 Mk. Neben dem Gehalt beziehen sie Wohnungsgeldzuschuss und zur Deckung von Amtsunkosten eine Entschädigung von 750—1000 Mk. Die nicht vollbesoldeten Kreisärzte beziehen ein Gehalt von durchschnittlich 2250 Mk. bis zum Höchstbetrage von 4200 Mk. und zur Deckung von Amtsunkosten durchschnittlich 250 Mk., höchstens 750 Mk. jährlich. Die Vergütigung für die Kreisarztassistenten ist auf durchschnittlich 1200 Mk., im Höchstbetrage auf 1800 Mk. bemessen. Zur Bestreitung der Kosten der Anschaffung von Apparaten für die Kreisärzte sind im Extraordinarium 50000 Mk. ausgeworfen.

So weit der Zeitungsbericht. Es ist wohl anzunehmen, dass die Häuser des Landtags, der Medizinal-Verwaltung die 800000 Mk., um welche der Medizinal-Etat gegenüber dem Vorjahr erhöht worden ist, nicht durch Abstriche verkümmern werden, und dass daher die Regierung in der Lage sein wird, das Kreisarztgesetz in der beabsichtigten Weise durchzuführen.

Ein Schritt vorwärts! So dürfen wir wohl die neue Denkschrift begrüssen. Wir können erarten, dass die Stellung des Medizinalbeamten durch seine grössere materielle Unabhängigkeit gehoben werden wird, in einer Anzahl von Bezirken wird der Kreisarzt so gestellt sein, dass er seine volle Kraft den bei einer dichten Bevölkerung und zahlreichen gewerblichen Anlagen besonders schwierigen hygienischen Aufgaben widmen kann.

Zur Hebung der gerichtlichen Medizin wird wenigstens einiges von dem was in unserer Zeitschrift und auch an anderen Stellen eindringlich empfohlen worden ist, zur Verwirklichung in Aussicht genommen.

Die Gerichtsarztstellen sind vermehrt und vor Allem ist der gerichtlichen Medizin eine würdigere Existenz an den Universitäten angebahnt.

Viel Dringendes bleibt noch zu wünschen. Noch fehlen die Lehrstellen für gerichtliche Medizin in Greifswald, Kiel, Göttingen und Marburg. Noch fehlen vor allen Dingen die zu den Professuren gehörigen Unterrichtsanstalten. Aber die völlige Stagnation ist doch wenigstens beseitigt, und wir dürfen hoffen, dass die begonnene Reform, wenn erst ihre sicher nicht ausbleibenden segensreichen Folgen sich zeigen werden, weiter vervollständigt werden wird.

Reichsseuchengesetz.

Die bei Eröffnung des preussischen Landtages verlesene Thronrede enthielt die Ankündigung einer Vorlage, welche Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz enthalten wird.

Ein Erlass zur Regelung der Versuche am lebenden Menschen.

Ein kürzlich gegebener Erlass des preussischen Kultusministers besagt folgendes:

„I. Die Vorsteher an Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten weise ich darauf hin, dass medizinische Eingriffe zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisirungszwecken, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen für die rechtliche und sittliche Zulässigkeit vorliegen, doch unter allen Umständen ausgeschlossen sind, wenn 1) es sich um eine Person handelt, die noch minderjährig oder aus anderen Gründen nicht vollkommen geschäftsfähig ist; 2) die betreffende Person nicht ihre Zustimmung zu dem Eingriffe in unzweideutiger Weise erklärt hat; 3) dieser Erklärung nicht eine sachgemässe Belehrung über die aus dem Eingriffe möglicherweise hervorgehenden nachteiligen Folgen vorausgegangen ist. II. Zugleich bestimme ich, dass 1) Eingriffe dieser Art nur von dem Vorsteher selbst oder mit besonderer Ermächtigung desselben vorgenommen werden dürfen; 2) bei jedem derartigen Eingriffe die Erfüllung der Voraussetzungen zu I. No. 1—3 und II. No. 1, sowie alle näheren Umstände des Falles auf dem Krankenblatte zu vermerken sind. III. Die bestehenden Bestimmungen über medizinische Eingriffe zu diagnostischen Heil- und Immunisirungszwecken werden durch diese Anweisung nicht berührt."

Wir können nur unsere volle Uebereinstimmung mit dem Inhalt dieser Vorschriften aussprechen. Sie tragen genau der an dieser Stelle bei Gelegenheit des „Falles Neisser" ausgesprochenen Erwägungen Rechnung.

Die Kosten der Invaliditätsatteste.

Die Landesversicherungsanstalt Berlin wird vom 15. Januar 1901 die von den Versicherten beizubringenden ärztlichen Atteste für Bewilligung der Invalidenrente unter folgenden Bedingungen honoriren:

1. Das ärztliche Gutachten wird nur dann honorirt, wenn es auf dem amtlichen Formular der Landes-Versicherungsanstalt Berlin ausgestellt wird. Dieses Formular wird dem Versicherten durch die untere Verwaltungsbehörde (Magistrats-Bureau für Invaliditäts- und Altersversicherung) in einem verschlossenen Kouvert verabfolgt, nachdem diese Behörde Feststellungen über das Vorhandensein der formalen Voraussetzungen für den Invalidenrenten-Anspruch vorgenommen hat.

2. Nur derjenige Arzt hat auf Honorirung des Gutachtens zu rechnen, welcher den Versicherten bereits vorher in Behandlung gehabt hat. Hat der Versicherte nicht in Behandlung eines Arztes gestanden oder will er sich nicht an den behandelnden Arzt wegen Ausstellung des Attestes wenden, so wird er auf seinen Antrag von dem Magistrats-Bureau für Invaliditäts- und Altersversicherung einem Vertrauensarzte der Landes-Versicherungsanstalt Berlin zur kostenlosen ärztlichen Untersuchung überwiesen werden.

3. Die Fragen des Formulars sind vollständig und genau in deutlicher Schrift zu beantworten; für etwa erforderlich werdende Rückfragen wird ein besonderes Honorar nicht gewährt. Das Gutachten ist seitens des Arztes portofrei an das Magistrats-Bureau für Invaliditäts- und Altersversicherung unter Benutzung des dem Formular beigefügten Kouverts zu übersenden.

4. Das Honorar für jedes Gutachten beträgt 5 Mark.

Das Honorar wird nach Erledigung des Rentenantrages dem Arzte durch die Kasse der Landes-Versicherungsanstalt portofrei zugesandt werden.

Volksbäder.

Die Preisaufgabe für den besten Vortrag über Volksbäder hat, wie sich herausstellt, viel Anklang gefunden. Aus allen Theilen des Deutschen Reiches laufen Anfragen und Anmeldungen namentlich von Ingenieuren und Technikern, besonders auch von Medizinern und anderen Gelehrten ein. Bekanntlich sind Preise von 300 und 200 Mark ausgesetzt. Die Einlieferung an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, Berlin NW., Karlstrasse 19, von wo auch die Bedingungen unentgeltlich zu beziehen sind, hat bis zum 1. März zu erfolgen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 84) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 3. Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

Gutachten über einen schweren und eigenartigen Fall elektrischer Verunglückung.

Von
Prof. A. Eulenburg-Berlin.

In der Rechtshilfsache H. gegen Elektrizitätswerke in X. bin ich nach Beweisbeschluss des Königlichen Landgerichtes zu X. vom 18. September 1900 aufgefordert, ein schriftliches Gutachten darüber einzureichen, dass Kläger, wie er behauptet, zur Zeit dauernd erwerbsunfähig, und dies nur eine Folge des am 14. August 1898 erlittenen Unfalles sei.

Dieser Requisition komme ich, nach Einsichtnahme der mir zugestellten Akten nebst Beiakten des Königlichen Landgerichts zu X. hierdurch nach.

Der zu Grunde liegende thatsächliche Hergang ist folgender.

Der Kläger, frühere Rittergutspächter H. in O., stand zur Zeit des Unfalles im beginnenden 49. Lebensjahre. Er war einige Jahre vor dem Unfall in Folge von Influenza zeitweise hochgradig nervös gewesen, wie wir aus der Zeugenaussage des Dr. O. in G. (vom 14. Juni 1899) ersehen. Dieser hatte den Kläger im Winter 1895/96 an einer „sehr schweren Influenza“ behandelt, bei der „das Nervensystem vorwiegend“ betheiligt war, und ihn wegen der mit dem Zustande verbundenen Erregtheit im Januar 1896 nach Görlitz zu Kahlbaum verwiesen, von wo er aber schon nach vier Wochen „bedeutend gebessert“ zurückkehrte. „Körperlich gesund“ zeigte er (nach O.) „doch auch späterhin eine gewisse nervöse Erregung, die namentlich bei gewissen Gelegenheiten, Aufregungen, Kummer, Sorgen, sich dokumentirte.“

Dieser Mann wurde nun von dem hier in Rede stehenden schweren Unfall am 14. August 1898 betroffen.

Wie sich aus den mehrfachen, unter einander nicht in allen Punkten übereinstimmenden Bekundungen ergiebt, war H. ungefähr um 11 Uhr Vormittags des genannten Tages — eines schönen, warmen Sommertages — am Ringe in der Nähe der J.-strasse in X. im Begriff, das Geleise der dortigen, mit Oberleitung betriebenen Strassenbahn zu überschreiten, als plötzlich ein Tragedraht der Strassenbahn unter klirrendem Geräusch zerriss, der freigewordene Leitungsdraht sich in Folge dessen herabsenkte und dem Kläger auf den mit einem weichen Filzhut bedeckten Kopf fiel.

H. soll nun sofort zu Boden gestürzt sein, sich jedoch nach einer kleinen Weile wieder erholt und mit vieler Mühe in sein

Hotel begeben haben. Nach der Aussage einer Augenzeugin des Unfalles, Frl. P., soll er ohne Kopfbedeckung hin und her getaumelt sein, der Hut soll auf der Erde gelegen haben; nach wenigen Minuten soll er das am Ringe belegene Geschäft, worin Zeugin thätig war, betreten und dort über Kopfschmerzen und ein taumeliges Gefühl im ganzen Körper geklagt haben. Ein anderer Augenzeuge des Unfalles, der Kanzlist H. bekundet ebenfalls, dass H. nach ganz kurzer Zeit, höchstens einigen Minuten, über Kopfschmerzen, Surren im Kopf und Schmerzen in den Beinen geklagt habe. Das plötzliche Reissen des Tragedrahtes und das Herabfallen des nunmehr ununterstützten Leitungsdrahtes, das die Verletzung verursachte, war auch von den Zeugen Wagenführer P. und Kaufmann K. beobachtet worden, und wird namentlich von dem Erstgenannten in seinen Einzelheiten und der Art seines Zustandekommens genauer geschildert.

Die Frau des Klägers, die während des Unfalles sich in einem Ladengeschäfte am Ringe befand und erst durch das Geräusch auf der Strasse aufmerksam wurde, erfuhr nach Verlassen des Ladens durch ihren Mann, „dass der Leitungsdraht der elektrischen Bahn ihm auf den Kopf gefallen sei und ihn zu Boden geworfen habe."

Etwa 2—3 Stunden später, gegen 2 Uhr Nachmittags, suchte Kläger wegen fortdauernder Steigerung der Beschwerden ärztliche Hilfe nach und begab sich im Wagen zu dem Oberstabsarzt a. D. Dr. H., der ihn seit dieser Zeit — wenn auch mit Unterbrechungen — ärztlich beobachtet und behandelt hat, und von dem uns eine Reihe werthvoller Bekundungen, mit dem 21. August 1898 beginnend und bis zum 1. Oktober 1900 während, in der Sache vorliegen. Dr. H. hat in wiederholten Nachprüfungen die Befunde so genau erhoben und geschildert, dass wir in der Lage sind, uns auf Grund dieser aktenmässigen Quellen ein einigermassen zureichendes Bild der unmittelbaren Unfallsfolgen und des sich anschliessenden weiteren Krankheitslaufes zu machen, und damit eine einigermassen gesicherte Grundlage der forensischen Beurtheilung zu gewinnen.

Wie aus dem abschriftlich bei den Akten befindlichen ersten Zeugnisse des Dr. H. vom 21. August 1898 hervorgeht, erschien Kläger bei ihm mit Klagen über heftige, seit zwei Stunden bestehende Schmerzen im rechten Arm und Bein, Kopfschmerz und eigenthümliche Empfindungen (wie von darin befindlichen Glassplittern) im linken Auge. Als Dr. H. kaum begonnen hatte, den Verletzten über seinen Zustand zu befragen, traten zunächst Zuckungen im rechten Arm und bald darauf auch im rechten Bein ein, die so heftig wurden, dass es nicht möglich war, die Gliedmassen festzustellen; eine Morphium-Injektion am rechten Arm schaffte zwar etwas Beruhigung, doch dauerten die Zuckungen an beiden Gliedmassen mit geringen Unterbrechungen noch bis in die Nacht hinein fort. Als inzwischen Kläger sich von seinem Stuhl erheben wollte, stürzte er wegen Schwäche des rechten Beins sofort auf den Boden des Zimmers. Sein Bewusstsein war zeitweise getrübt, er wiederholte in kürzester Zeit wohl zwanzigmal dieselbe Frage; er klagte über eine absonderliche Geruchsempfindung (Alles roch ihm nach Schwefel) und sein linkes Auge zeigte sich, beim Verdecken des rechten, total erblindet. Der hinzugezogene Augenarzt Dr. K. fand an demselben Abend gegen 6 Uhr das Sehvermögen auch auf dem rechten Auge bedeutend herabgesetzt (so dass nur undeutlich im äusseren Gesichtsfelde Finger erkannt wurden), auf dem linken Auge total aufgehoben; nach späterer Angabe des genannten Spezialisten ergab der Augenspiegelbefund bei dieser ersten Untersuchung nur eine Erweiterung der venösen Gefässe besonders am linken Auge und undeutliche Contourirung der Sehnerven, aber weder Blutergüsse, noch sonstige krankhafte Erscheinungen im Glaskörper oder Augenhintergrunde; die Pupillen, von mittlerer Weite, reagirten etwas langsam auf Lichteinfall; die Beweglichkeit der Augen hatte in keiner Weise gelitten.

Der bei Dr. H. befindliche Verletzte konnte erst nach zwei Stunden mit Hülfe mehrerer Personen in die Droschke getragen und nach seinem Hotel und zu Bette gebracht werden. Am folgenden Tage (15. August) stellten sich wieder periodenweise heftige Zuckungen im rechten Arm ein, wogegen das rechte Bein vollkommen gelähmt und unempfindlich gegen äussere Einwirkungen blieb. Das Sehvermögen links erloschen, abnormer Geschmack (Geruch?) unverändert. Am 16. August Abends leichte Schmerzen auch im linken Arm und Bein, die bis zum 17. August anhielten. An letzterem Tage bestand nicht nur eine vollständige Lähmung des rechten Arms und Beins, sondern auch fast ebenso vollkommene Lähmung der linkseitigen Gliedmassen. Augenbefund unverändert; Gedächtniss sehr mangelhaft. Am 19. August vermochte der Patient den linken Arm und das linke Bein im Bette etwas zu bewegen, auch den rechten Arm ein wenig zu erheben; das noch völlig gelähmte rechte Bein zeigte an einzelnen Stellen wiederkehrende Empfindung (für Berührung mit der Nadel). Sehvermögen unverändert. Klagen über Aufgetriebensein des Leibes, gänzlich daniederliegenden Appetit; nur Aufnahme flüssiger Nahrung. Dieser Zustand blieb in den nächsten Tagen unverändert und Kläger wurde, da die Verhältnisse in dem kleinen Hotelzimmer nicht günstig waren, auf sein Drängen am 28. August 1898 in liegender Stellung im Wagen langsam und vorsichtig nach seinem Wohnsitze (dem von ihm gepachteten Rittergute O., in der Nähe von X.) befördert.

Dort sahen ihn, wie aus den späteren Zeugenaussagen des Dr. H. und des Dr. K. hervorgeht, die beiden Arzte zuerst am 6. September 1898 wieder. Wie sie erfuhren, sollte drei Tage vorher ein Tobsuchtsanfall bei dem Kranken ausgebrochen sein, so dass sich Niemand in sein Zimmer wagte; am Tage darauf (6. September) sei er dann wie umgewandelt gewesen und habe keine Ahnung von dem Vorausgegangenen gehabt. Dies bestätigte der ihn zur Zeit behandelnde Arzt Dr. E. Die Beweglichkeit der rechtsseitigen Gliedmassen war etwas gebessert, doch immer noch sehr langsam und kraftlos; die übrigen Krankheitserscheinungen waren unverändert. Auch bei einem zweiten gemeinschaftlichen Besuche des Kranken in O. konnte von beiden Aerzten zwar eine Kraftzunahme des rechten Armes und Beines konstatirt, eine wesentliche Besserung der krankhaften Erscheinungen jedoch nicht beobachtet werden.

In den ersten Monaten des folgenden Jahres (1899) siedelte der Kranke nach X. über, woselbst Dr. H. am 5. Mai einen genauen Befund aufnahm, dessen Ergebnisse von ihm in folgender Weise zusammengefasst werden:

> „Es sind gelähmt von 12 überhaupt vorhandenen Hirnnerven acht Hirnnervenstämme, die tief im Innern des Gehirns und zwar jeder an seiner besonderen Stelle desselben ihren Ursprung haben, nämlich einseitig der Sehnerv, der dreigespaltene Nerv, der Geschmacksnerv, der herumschweifende Nerv, der Beinerv und der Nerv für die Zungenmuskeln (Unterzungennerv), Doppelseitig der Geruchsnerv und der Gehörnerv, dieser links vollständig und rechterseits in beschränktem Masse.
>
> Ferner sind gelähmt: sämmtliche 8 Halsnerven und zwar die oberen 4 aus dem Rückenmark stammenden Nerven auf der linken Seite, die unteren 4 auf der rechten Seite — sämmtliche 12 Rückennerven in ihren Wurzeln im Rückenmark, und zwar alle rechtsseitig —

sämmtliche 5 Lendennerven, ebenfalls rechtsseitig — sämmtliche 5 Kreuzbeinnerven, ebenfalls rechtsseitig.

Schliesslich muss ich hinzufügen, dass ebenfalls der in der Tiefe des Körpers zu beiden Seiten der Wirbelsäule, verlaufende, sympathische Nerv in sehr vielen seiner Verzweigungen (ob auch central, lässt sich nicht mit Bestimmtheit nachweisen) gelähmt ist.

Herr H. ist weiterhin gegenwärtig ohne jeden Geruch, auf dem linken Auge vollkommen blind, auf dem rechten Auge schwachsichtig; er fühlt auf der linken Schädel-, Gesichts- und Halshälfte, auf der rechten Brustseite absolut nichts, auf der rechten Bauchseite, im rechten Bein ausserordentlich wenig. Der Geschmack fehlt gänzlich, die linke Hälfte der Zunge ist unempfindlich und gelähmt, so dass sie weit nach links herausgestreckt wird. Auf dem linken Ohr ist H. vollkommen taub, auf dem rechten schwerhörig. Der Druck der rechten Hand ist sehr schwach, das rechte Bein wird beim Gehen mühsam nachgeschleppt; beim Versuch zum Aufstehen und zum Gehen erfolgen stets so kolossale Schwankungen des Körpers von vorn nach hinten, dass man jeden Augenblick fürchten muss, Patient stürze zu Boden.

Auf psychische Reize (Sorgen, Aerger u. s. w.) und auf mechanische Reize erfolgen sofort starke Zuckungen (Reflexkrämpfe) in den gelähmten Theilen, wobei oft das Bewusstsein auf mehr oder weniger lange Zeit gänzlich schwindet und er seine Familienangehörigen nicht erkennt. — Er leidet seit der Verletzung an chronischer Stuhlverstopfung und häufigem Harndrang auch des Nachts; die Urinabsonderung ist bei dem Kranken anormal vermehrt. Der 48jährige, früher kräftige Mann hat seit der Verletzung keine Erektionen des Penis, auch keinen Samenabfluss gehabt.

Die geistigen Fähigkeiten des Betreffenden sind erheblich reduzirt, ebenso sein Gedächtniss, doch treten hierbei länger oder kürzer dauernde Schwankungen in der Intensität ein."

So der Befund nach der am 6. Mai 1899 erstatteten Zeugen- und Sachverständigenaussage des Dr. H. Aus der am gleichen Termin abgegebenen Aussage des Dr. K. ist hervorzuheben, dass, während das Sehvermögen des linken Auges trotz negativen Augenspiegelbefundes völlig erloschen blieb, das rechte Auge eine allmählige Besserung insofern erkennen lässt, als im äusseren Gesichtsfeld Schriftproben erkannt und eine mittlere Druckschrift (Jäger No. 8) gelesen werden konnte. Nach Dr. K. ergiebt sich demnach als Folge der Augenerkrankung eine vollständige Erblindung des linken Auges und der inneren Gesichtshälfte des rechten Auges.

Die letzte am 27. September 1900 von Dr. H. vorgenommene Untersuchung ergab dieselben Krankheitserscheinungen wie bei der Befunderhebung am 5. Mai 1899, nur mit folgenden Modifikationen: „1) Die linke Hälfte der Zunge ist in höherem Masse gelähmt, so dass Kläger sie nicht über die Zähne herausbringen kann. 2) Auf dem rechten Ohr hört er schlechter, wie am 5. Mai 1899, so dass er fast taub zu nennen ist. 3) Auch das rechte Auge hat sich verschlechtert, sodass er fasst gar nichts auf demselben sieht. 4) Die Schmerzen in der linken Hälfte des Schädels haben sich vermehrt, so dass er in der Nacht oft durch dieselben aufgeweckt wird und nur durch Opium und Eisumschläge Ruhe erlangen kann." Die geistigen Fähigkeiten sind erheblich reduzirt, ebenso das Gedächtniss. Kläger kennt seine Verwandten nicht, behauptet, dass der Unfall sich vor 6 Monaten (statt vor mehr als zwei Jahren) zugetragen habe, verlangt stets, dass man die elektrische Bahn wegen des Unfalles verklagen solle und hat keine Ahnung davon, dass längst schon ein Prozess eingeleitet und mehrfach zu seinen Gunsten entschieden worden ist. Er sitzt gewöhnlich stumpfsinnig in seinem Sessel und vermag mit Hülfe eines Stockes in der linken Hand mühsam 30 bis 40 Schritte hintereinander mit schleppendem Schritte zu gehen; dann muss er sich hinsetzen und ausruhen. Im Ganzen kann er so mit Unterbrechung ein paar hundert Schritte weit kommen.

Nach Dr. H's Endurtheil ist Kläger unfähig, irgend einem Erwerbe nachzugehen, und da sein Zustand sich seit dem Unfall stetig verschlechtert hat, erscheint eine Besserung absolut ausgeschlossen. Die dauernde Erwerbsunfähigkeit muss nur auf den Unfall vom 14. August 1898 zurückgeführt werden.

Der gleichen Meinung ist auch der mitbehandelnde Augenarzt Dr. K. Zwar konnte er bei seinem letzten Besuche am 24. September 1900 eine genaue Augenuntersuchung nicht anstellen, weil der Patient zu erregt war und bei jeder Bewegung in Zittern gerieth. Nach seiner Meinung ist aber jedenfalls eine Besserung des Sehvermögens im Laufe der beiden letzten Jahre nicht mehr eingetreten — vielmehr ist eine Verschlimmerung anzunehmen. Die Störung der Sehkraft ist, dem negativen Augenspiegelbefunde entsprechend, auf eine zentrale Ursache (Zerstörung im Sehzentrum des Gehirns) zurückzuführen. Diese Zerstörungen können sehr wohl durch den elektrischen Strom veranlasst sein, besonders da eine andere Ursache nicht vorliegt."

Für die allgemeine Beurtheilung des Unfalles als eines in mancher Beziehung eigenartigen Falles **elektrischer Verunglückung** sind folgende Bemerkungen voraufzuschicken:

Die Gefahr, die ein elektrischer Strom für den menschlichen Körper unter bestimmten Umständen, vermöge seiner Stärke, Spannung u. s. w. mit sich bringen kann, setzt, um wirksam zu werden, ein Eindringen des Stromes in den Körper nothwendig voraus. Dieses Eindringen kann in doppelter Weise stattfinden. Entweder nämlich wird der durchflossene Körper in den Stromkreis derart eingeschaltet, dass die als „Pole" bezeichneten Zu- und Ableitungsstellen des Stromes beide mit der Körperfläche unmittelbar in leitende Berührung gebracht werden. Dies ist der gewöhnlich vorliegende Fall bei Betriebsunfällen, wenn z. B. in Betrieben, die mit hoher Spannung arbeiten, irgend welche Personen zwei Leitungen mit ihren Händen absichtlich oder unabsichtlich berühren, so dass der in den Leitungen enthaltene Strom von hohem Spannungswerth durch den zwischengeschalteten Körper hindurchgeht. Der andere mögliche Fall ist der, dass eine Person nur die eine (metallische) Leitung (einen Pol) sei es mit der Hand oder einem anderen Körpertheile unmittelbar berührt, während der andere Pol im Erdboden gelegen ist, mit dem der nicht isolirte Körper in ableitender Verbindung steht — sodass also der Strom zwischen dem metallischen Leitungspol und dem schlussgebenden Erdboden sich durch den zwischengeschalteten Körper hindurch entladet. Man pflegt dieses Verhältniss als „Kurzschluss" durch den Körper hindurch zu bezeichnen. Dieser Fall kann in Anlagen entstehen, zu denen die mit Oberleitung versehenen elektrischen Strassenbahnen gehören, bei denen der eine Pol in der Oberleitung, der andere im Erdboden verläuft — so dass, wie im vorliegenden Falle, ein herabfallender und mit dem Körper in Berührung tretender Leitungsdraht (blanker Kupferdraht) der Oberleitung Kurzschluss durch den Körper

und Erdboden zum anderen Pole, das ist zu der nächstableitenden Metallschiene im Erdboden, hervorruft.

Um nun unter diesen Verhältnissen schädigend auf den menschlichen Körper oder gar tötlich einzuwirken, um also elektrische Verunglückungen im engeren Sinne veranlassen zu können, muss der Strom gewissen Verhältnissen und Voraussetzungen entsprechen; er muss an den Polen eine verhältnissmässig hohe Spannung, im durchflossenen Leiter (d. i. im eingeschalteten Körper) eine verhältnissmässig grosse Stärke aufweisen, und — was, wie ich gleich auseinandersetzen werde, vielleicht das wichtigste Erforderniss ist — einzelne besonders lebenswichtige Körpertheile, zu denen namentlich die Zentraltheile des Nervensystems gehören, in verhältnissmässig grosser Dichte (d. h. Ansammlung grosser Elektrizitätsmengen auf dem Querschnitt der betreffenden Gewebe und Organe) treffen und durchsetzen.

Was nun den ersten dieser Faktoren, die Spannung betrifft, so soll diese nach der wohl als authentisch anzusehenden Angabe eines Schriftsatzes der Akten — die mir übrigens auf private Erkundigung von sachverständiger Seite bestätigt worden ist — in der Leitung 500 Volt betragen haben. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Umstandes, dass es sich um eine Gleichstromanlage und nicht um eine (erheblich gefährlichere) Wechselstromanlage handelte, und dass jedenfalls mit Körper und Uebergang zum Erdboden ein sehr bedeutender Widerstand in der Leitung eingeschaltet wird, erscheint diese Spannung von 500 Volt an sich noch nicht als eine solche, um ohne Weiteres als gefahrbringend bei eintretendem Körperschluss gelten zu können. In den Kreisen sachkundiger Elektrotechniker hat sich vielfach die Meinung geltend gemacht, dass die unterste Gefährlichkeitsgrenze annähernd bei Strömen von 500 Volt Spannung liege, dergestalt, dass schwere Verunglückungen bei Spannungen unterhalb dieser Grenze bisher nicht beobachtet worden seien, und dass auch 500 Volt Ströme selbst unter erschwerenden Umständen ohne Nachtheil ertragen worden seien (vgl. z. B. den von Nordmann mitgetheilten Fall, der beim Bau der elektrischen Strassenbahn in Budapest beobachtet wurde; elektrotechnische Zeitschrift 1892 pag. 637). Nach einem in der elektrotechnischen Zeitschrift Heft 40 (vom 7. Oktober 1897) mitgetheilten Gutachten von Prof. Weber in Zürich soll bei unipolarem Berühren einer der Kontaktleitungen die Gefährlichkeitsgrenze sogar erst erheblich über 1000 Volt liegen. Indessen dass es sich hierbei keineswegs um ein allgemein gültiges Gesetz handelt — dass vielmehr, abgesehen von individuellen Verhältnissen des Organismus, namentlich von den Körperwiderständen u. s. w. auch die besonderen Umstände des einzelnen Falles vielfach massgebend sind und dass unter begünstigenden Umständen daher Ströme von sehr viel geringerer Spannung gefährlich, ja todtbringend wirken können, dafür fehlt es auch nicht an bestätigenden Erfahrungen. Der verstorbene Wiener Pathologe S. Stricker fand bei seinen Experimenten, dass ein von einem Pol abgeleiteter und durch den Körper zur Erde niedergehender Gleichstrom von 440 Volt so heftige Zuckung auslöste, dass er eine Wiederholung des Versuches als gefährlich widerräth (S. Stricker, über strömende Elektrizität, Wien 1894, Schlussheft p. 147). Dass selbst Ströme, wie sie für therapeutische Zwecke zur Verwendung kommen, unter besonderen Umständen ernste Lebensgefahr bei Menschen hervorrufen können, ist auch durch ärztliche Beobachtungen mehrfach konstatirt worden. Für die speziell hier erörterte Frage der Gefahrsgrenze bezüglich der Spannung möchte ich nur noch an einen kürzlich in der elektrischen Zeitschrift vom 15. Februar 1900 (Heft 7 pag. 133) von Alfred Kolben beschriebenen Fall erinnern, der bei einem Arbeiter in einer Pottasche- und Spiritusfabrik in der Nähe Prag's beobachtet wurde; hier wurde der tödtliche Ausgang durch einen Drehstrom hervorgerufen, dessen Spannung, den vorgenommenen genauen Messungen zufolge, zwischen der Erde und einer Phase 95—96 Volt betrug. Allerdings waren hier die Umstände (Befeuchtung des Bodens, der Fussbekleidung und Hände mit Sodalösung u. s. w.) für Herabsetzung der Widerstände besonders günstig. Immerhin lehren aber derartige Fälle, dass eine nicht über 500 Volt hinausgehende Spannung das Eintreten schwer schädigender und selbst tödtlicher Wirkungen auf den zwischengeschalteten menschlichen Körper keineswegs unbedingt ausschliesst.

Wenden wir uns nun dem zweiten Faktor, der Stromstärke zu, die als eine Funktion der Spannung (elektromotorischen Energie) und des Leitungswiderstandes durch die (Ohmsche) Formel gemessen wird:

$$S = \frac{E}{L}$$

Es ist, wiederum von elektrotechnischer Seite, die Behauptung aufgestellt worden, — vergl. u. A. Hubert Kath, die Sicherheit des Menschen gegenüber elektrischen Anlagen, elektrotechnische Zeitschrift, 24. August 1889, Heft 34 pag. 601 — dass erst Ströme von $^1/_{10}$ Ampère (0,1 A) Stärke als wirklich „gefährlich“, unter Umständen sogar tödtlich anzusehen seien, während als „gerade noch erträgliche“ Stromstärke eine solche von $^{30}/_{1000}$ Ampère (0,03 A) in Anspruch genommen wird.

Um zu letzterer Stromstärke zu kommen, dürfte nun bei der gegebenen Spannung (500 Volt) in unserem Falle der Gesammtwiderstand der Leitung höchstens 16 666 Ohm (Ω) betragen haben; dann nämlich wäre nach der obigen Formel

$$\frac{30\ \text{A}}{1000} = \frac{500\ \text{V}}{16666\ \Omega}$$

Um dagegen zu der vermeintlichen engeren Gefahrgrenze von 0,1 A zu gelangen, dürfte der Leitungswiderstand nicht über 5000 Ohm hinausgehen.

$$\frac{1\ \text{A}}{10} = \frac{500\ \text{V}}{5000\ \Omega}$$

Es wäre demnach zu erwägen, ob in der That im vorliegenden Falle der Widerstand derartige Zahlenwerthe möglicherweise nicht überschritten haben könnte.

Nun setzt sich der gesammte Leitungswiderstand zusammen aus verschiedenen Einzelposten, nämlich (im vorliegenden Falle) aus dem Widerstand der Kopfbedeckung, dem Körperwiderstand (der zum grössten Theile durch den Hautwiderstand repräsentiert wird), dem Widerstand des Schuhwerks und (da der Erdbodenwiderstand selbst nicht in Betracht kommen kann), dem sogenannten „Berührungswiderstand“, der durch die Berührung des Schuhwerks mit dem Fussboden erzielt wird. Dieser Berührungswiderstand soll nach Kath im „normalen Betriebe“ mindestens 10 000 Ω betragen und somit, für sich allein genommen, schon gegen Niederspannung schützen. Dass er dies aber nicht immer zu thun im Stande ist, weil er eben durch abnorme Umstände (Durchfeuchtung des Schuhwerks, des Fussbodens mit Salzlösung) ganz ausserordentlich herabgesetzt werden kann, lehrt der oben erwähnte Fall aus einer Pottasche- und Spiritusfabrik; und auch die übrigen in Betracht kommenden Widerstände können unter Umständen eine so erhebliche Herabsetzung erfahren, dass das Resultat einer absoluten Stromstärke von mehr als 0,03 A bei 500 Volt Spannung gerade nicht als Unmöglichkeit erscheint. Namentlich wenn ein längerer Contact mit der blanken Metallleitung stattgefunden hat und der bekanntlich enorm grosse „Anfangswider-

stand“ mit der Stromdauer zu raschem Sinken gebracht wird; er kann, wie die bekannten Messungen von Gaertner und Jolly erwiesen haben, oft innerhalb einer halben Minute bis auf $^1/_4$, im Ganzen bis auf $^1/_{30}$ seiner ursprünglichen Grösse herabgesetzt werden. Als ungefähres Durchschnittsmass lassen sich (von den Anfangswiderständen abgesehen) Gesammtwiderstände des Körpers zwischen 2000 und 6000 Ω bezeichnen, doch kann der Gesammtwiderstand auch bei entsprechender Anordnung (z. B. Anwendung grosser durchfeuchteter Elektroden; Auswahl von Hautstellen mit dünner Oberhaut) erheblich unter ersteren Grenzwerth herabsinken, und es giebt überhaupt Individuen mit abnorm niedrigen Hautwiderständen (wie beispielsweise die an der sogenannten Basedow'schen Krankheit leidenden) — andererseits auch wieder solche, deren Hautwiderstand abnorm vermehrt ist.

Wir müssen bekennen, dass wir für den vorliegenden Fall zu einer irgendwie brauchbaren, wenn auch nur annähernden Abschätzung des Haut- und Körperwiderstandes, sowie der übrigen Widerstandscomponenten nicht die nöthigen Anhaltspunkte besitzen. Man muss also auf eine solche verzichten, wird aber andererseits auch dabei verharren können, dass die aus Spannung und Widerstand resultirende absolute Stromstärke, mag sie nun im vorliegenden Falle höher oder niedriger als $\frac{30\text{ A}}{1000}$ gewesen sein, die Möglichkeit einer Verunglückung unter besonders ungünstigen, vielleicht in der individuellen Veranlagung begründeten Umständen keineswegs mit Sicherheit ausschliesst. Gewisse Individuen sind eben unzweifelhaft viel empfänglicher und durch Berührung stromzuführender Theile viel mehr gefährdet als es im Durchschnitt der Fall ist; so z. B., wie es scheint, Alkoholisten. Giebt doch auch der oben citirte Autor (Kath) die Möglichkeit solcher Unfälle für „einige ungünstig veranlagte Menschen“ ausdrücklich zu und knüpft daran die verallgemeinernde Bemerkung: „Man darf also wohl behaupten, dass zur gefährlichen Wirkung elektrischer Spannungen noch eine besondere Veranlagung hinzukommen muss, so dass man es nicht der Elektrizität allein anrechnen darf, wenn Jemand an einer Spannung, die nach allgemeiner Erfahrung ungefährlich ist, einmal ausnahmsweise verunglückt.“

Noch bestimmter äussert sich Grawinkel in einem Vortrage über die Gefahren und schädlichen Einwirkungen blanker Stromleitungen (Elektrotechnische Zeitschrift, 25. Oktober 1892 p. 643). Er sagt dort geradezu: „Alle Erfahrungen und Versuche über die Wirkung der Spannung und Stromstärke auf den menschlichen Körper geben nur Aufschluss über die Einwirkungen bei einzelnen Individuen und unter bestimmten Umständen, sie können nicht verallgemeinert werden“ d. h. sie passen eben nicht für Ausnahmefälle; und ein solcher Ausnahmefall liegt anscheinend hier vor.

Der dritte und wohl der wichtigste hier in Betracht kommende Faktor ist die Stromdichte, d. h. die auf einem bestimmten Gewebs- oder Organquerschnitt angesammelte Elektrizitätsmenge, die demnach eine Funktion der Stromstärke und des Querschnitts ist — nach der Formel:

$$D\ (\text{Dichte}) = \frac{S\ (\text{Stromstärke})}{Q\ (\text{Querschnitt})}$$

Die schädigenden Wirkungen des Stromes auf den Körper überhaupt sowie auf einzelne Organe und Gewebe sind wesentlich von der Dichte des auftreffenden und durchsetzenden Stromes abhängig. So kommen die tödtlichen Wirkungen von Starkströmen vorzugsweise dadurch zu Stande, dass der Strom in bedeutender Dichte den lebenswichtigsten, die Centralherde der Athmung und der Herzthätigkeit einschliessenden Hirntheil, das „verlängerte Mark“ durchsetzt; und auch in unserem Falle sind die beobachteten schweren Schädigungen offenbar wesentlich auf Verletzung des von der Schädelkapsel umschlossenen nervösen Centralorgans, des Gehirns, zu beziehen. Wir müssen also die Frage so stellen: War im vorliegenden Falle die Sachlage so, dass der Strom in so bedeutender Dichte gerade dem Gehirn zugeführt werden konnte, um hier schädigende Wirkungen der geschilderten Art auszuüben? — und diese Frage ist meines Erachtens bestimmt zu bejahen.

Es sind dabei folgende Erwägungen massgebend:

Als Eintrittsstelle des Stromes in den Körper war in diesem Falle entschieden die Kopf- oder Schädeloberfläche (das Schädeldach) zu betrachten. Der herabfallende Kupferdraht hatte, wie ich aus eingezogenen Erkundigungen an kompetenter Stelle erfahren habe, einen Durchmesser von 8 mm bei ca. 50 qmm Querschnitt. Es würde also der Strom diesem geringen Querschnitt entsprechend in grosser Dichte in den Körper übergetreten sein. Nun scheint allerdings eine direkte Berührung des Drahtes mit der Schädeloberfläche nicht stattgefunden zu haben — wenigstens wissen wir davon nichts (der Umstand, dass der Hut später auf der Strasse liegend gefunden wurde, lässt doch die Möglichkeit eines wenigstens vorübergehend unmittelbaren Kontaktes nicht unbedingt ausschliessen). Jedenfalls war im Anfange der Kopf noch durch den bedeckenden, leichten und weichen Filzhut geschützt, dessen Schützkraft aber, sobald er stärker durchfeuchtet war, nicht gerade hoch angeschlagen werden kann, der vielmehr nur wie ein feuchtes Filzpolster über Metallelektroden (wie wir es oft verwenden) gewirkt hatte — ganz abgesehen von den etwa im Filzdeckel vorhandenen, mit Draht eingefassten „Ventilationsöffnungen“. Nun ist der an der Schädeloberfläche durch Haut und Knochen repräsentirte Widerstand wegen des äusserst geringen Flüssigkeitsgehalts dieser Gewebe so gross, dass der Strom diese Gebilde nur an den dafür präformirten Stellen — Haarbälge, Schweiss- und Talgdrüsen der Haut; flüssigkeitführende Kanäle der Schädelknochen — durchbricht und folglich in zahlreichen feinen Stromfäden mit verhältnissmässig grosser Dichte der einzelnen Fäden (ungefähranalog dem Metallgespinst eines elektrischen Pinsels) in das Innere der Schädelkapsel eindringt. Hier trifft er auf das den ganzen Innenraum des Schädels erfüllende, weiche und feuchte, überaus blutreiche, einen äusserst geringen Leitungswiderstand bietende Gehirn, dessen Durchströmung daher unter normalen Verhältnissen, wie das Experiment und die Beobachtung am Menschen ergiebt, schon bei geringer Stromstärke verhältnissmässig beträchtliche und augenfällige Wirkungen liefert. Die Stromdichte muss daselbst um so intensiver sein, je weiter die Ein- und Austrittsstelle des Stroms am Körper von einander entfernt liegen, je weniger also eine Abgleichung der eindringenden Stromzweige schon in der Nähe der Oberfläche sich vollziehen kann; es müsste daher in unserem Falle, wo die Eintrittsstelle am Kopfe, die Austrittsstelle an den Füssen gelegen ist, der Strom in erheblicher Dichte noch innerhalb der Schädelhöhle, im Gehirn, konzentrirt sein und hier bei der ungemeinen Verletzlichkeit und Zartheit der getroffenen Gebilde auch dieser Konzentrirung entsprechende örtliche Veränderungen in Form verletzender und schädigender, wenn nicht unmittelbar zerstörender Wirkungen ausüben. Diesen Veränderungen mussten schwere Beeinträchtigungen der Gehirnfunktion, des Bewusstseins, der Empfindung, Sinnesthätigkeit, willkürlichen Bewegung, und der höheren Seelenthätigkeiten parallel gehen, wie sie der

geschilderte Krankheitsverlauf thatsächlich in so ungewöhnlicher Schwere und Ausdehnung ergeben hat, und zu deren spezieller Würdigung im Sinne der Unfallsbewerthung wir nun übergehen.

Rekapituliren wir die Krankheitsgeschichte kurz ihrem wesentlichen Inhalte nach, so ergiebt sich Folgendes: Ein 48jähriger Mann, der vorher zwar in Folge von Influenza zeitweise „nervös", aber niemals gehirnkrank gewesen war, wird in der geschilderten Weise vom herabfallenden Leitungsdraht der Strassenbahn am Kopfe getroffen. Er stürzt — wohl vorübergehend bewusstlos — zu Boden, kann sich aber nach kurzer Zeit wieder erheben, taumelt, klagt über Schmerzen und Summen im Kopfe und ein „taumeliges" Gefühl im ganzen Körper. Es sind dies Erscheinungen, wie sie auch in leichteren Fällen von elektrischen Verunglückungen sehr gewöhnlich beobachtet werden, um dann in der Regel bald, spätestens nach 24 Stunden zu verschwinden, während sie im vorliegenden Falle nicht nur persistirten, sondern in stetiger Zunahme bis zu gefahrdrohender Höhe sehr rasch anwuchsen, um schliesslich in einer weitgehenden Vernichtung fast aller sensitiven, motorischen und sensoriellen Gehirnfunktionen ihren Abschluss zu finden. Zwei bis drei Stunden nach dem Unfalle wird der Kranke im Wagen zum Arzte gebracht, klagt dort über heftige Schmerzen im Kopfe, im rechten Arm und Bein, und über eigenthümliche Empfindungen im linken Auge. Er bekommt während der ärztlichen Befragung einen mit Bewusstseinstrübung verbundenen schweren Krampfanfall, der ganz und gar den Charakter der sogenannten Rinden-Epilepsie (Jackson'sche Epilepsie) trägt und von der es aus durch die Art der Betheiligung der rechtsseitigen Gliedmassen sicher ist, dass er von der sogenannten motorischen Rindenregion (den Centralwindungen) der linken Grosshirnhemisphäre ausgeht, somit als irritative Nachwirkung der durch den Strom gesetzten örtlichen Läsion der Grosshirnrinde aufzufassen ist.

Der anfänglichen Reizung, die sich in den Krampfanfällen der rechten Körperhälfte ausspricht, folgt, wie bei Grosshirnrindenaffektionen so häufig, die Lähmung, erst des rechten Beins, später des rechten Arms; dabei bleibt das Bewusstsein gestört, die Zuckungen dauern fort, Geruch und Geschmack sind beeinträchtigt, das Sehvermögen des linken Auges ist bei negativem Augenspiegelbefunde völlig erloschen, das des rechten bedeutend herabgesetzt (wie sich später herausstellt, auf die äussere Gesichtsfeldhälfte beschränkt). Dies Alles sind Erscheinungen, die auf eine schwere, offenbar akut eingetretene Erkrankung (Verletzung) des Grosshirns und zwar überwiegend der linken Gehirnhalbkugel hinweisen — die ohne eine solche Erkrankung gar nicht denkbar sein würden. Und diese Erkrankung schreitet nun in der nächsten Zeit offenbar fort, breitet sich weiter und weiter aus; es wird auch die Bewegung des linken Arms und Beins (zwar nicht so vollkommen wie auf der rechten Körperseite, aber doch erheblich) beeinträchtigt; die linke Zungenhälfte wird gelähmt; das Gefühl schwindet auf der linken Gesichts- und Halshälfte und in der rechten Körperhälfte — Störungen, deren Ausgangspunkt möglicherweise in der Gegend der sensiblen Pyramidenkreuzung des verlängerten Marks zu suchen ist; die höheren Sinnesthätigkeiten schwinden immer mehr und mehr; ausser Gesicht, Geruch und Geschmack leidet auch das Gehör, das auf dem linken Ohre vollständig aufgehoben, auf dem rechten Ohr vermindert ist. Unzweifelhaft sind alle diese Sinnesstörungen centraler Natur, von den betreffenden Sinnesregionen („Sinnescentren") der Gehirnrinde ausgehend, die für das Gesicht in den Hinterhauptlappen, für das Gehör in den Schläfenlappen, für Geruch und Geschmack im gerollten Wulst (Gyrus hippocampi) in Ammonshorn und Hakenwulst (Gyrus uncinnatus) gesucht werden müssen. Die vegetativen Funktionen der Verdauung, Absonderung, der Geschlechtsthätigkeit, die zum Theil vom Gehirn aus beeinflusst und regulirt werden, lassen ebenfalls beträchtliche Störungen erkennen; und vor Allem zeigen die mit der Gesammtheit der Grosshirnrinde so innig verknüpften Funktionen des Bewusstseins, der Erinnerung, des ganzen höheren Seelenlebens überhaupt eine deutlich zu Tage tretende, wenn auch schwankende und ungleichmässige Abschwächung, die nach der letzten, erst kürzlich vorgenommenen Befundaufnahme zu hohen Graden gediehen ist und im Verein mit den schweren Störungen der Bewegung, Empfindung und Sinnesthätigkeit und den fortdauernden heftigen Schmerzen den Kläger zu dem traurigsten Siechthum und, aller Wahrscheinlichkeit nach, zu einem verfrühten, in nicht weite Entfernung gerückten Lebensausgange verurtheilt.

Es ergiebt sich aus dem geschilderten Hergange mit voller Entschiedenheit, dass wir es mit einer räumlich weit ausgedehnten, auf die verschiedensten Rindengebiete des Grosshirns und wahrscheinlich auch auf einen grossen Theil der zu- und ableitenden Bahnen sich erstreckenden Grosshirnaffektion zu thun haben, die zeitlich und ursächlich auf den erlittenen Unfall, die elektrische Verunglückung vom 18. August 1898, zurückgeführt werden muss. Ueber die Art der im Gehirn hervorgerufenen und zur Zeit bestehenden gröberen und feineren strukturellen Veränderungen lassen sich nur mehr oder minder haltbare Vermuthungen aufstellen. Es ist anzunehmen, dass namentlich entzündliche Veränderungen an den weichen Häuten, an der Gehirnoberfläche und zum Theil auch in der Tiefe der Gehirnwindungen, vielleicht auch vielfache kleinere Blutaustritte im Gehirn (und verlängerten Mark) den beobachteten schweren Funktionsstörungen zur Grundlage dienen. Diese Annahme wird sowohl durch einzelne, bei Sektionen von Verunglückten festgestellte Befunde, wie durch die Ergebnisse von Thierversuchen — vergl. darüber namentlich das Werk von Kratter „Der Tod durch Elektrizität, eine forensisch-medizinische Studie auf experimenteller Grundlage", Leipzig und Wien 1896 — wesentlich unterstützt. Es ist dabei, wie der letzgenannte Autor sehr wahrscheinlich gemacht hat, vorzugsweise an feinere, mit unseren jetzigen Hilfsmitteln noch nicht wahrnehmbare Veränderungen der Zellsubstanz (des Protoplasmas der Nervenzellen) zu denken, wofür in den bei Durchleitung elektrischer Ströme nachgewiesenen, bis zur Aufhebung der Lebensfähigkeit fortgehenden Veränderungen pflanzlicher und thierischer Zellen bereits mancherlei Analogien und hindeutende Beobachtungen vorliegen.

Indessen kann von einem weiteren Eingehen auf die Art der anzunehmenden anatomischen Veränderungen abgesehen werden, da es nicht darauf ankommt, welcher Natur die durch den Unfall gesetzten Veränderungen im centralen Nervensystem, speziell im Gehirn sind, sondern ob solche Veränderungen als thatsächlich bestehend angenommen und mit dem Unfall in zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang gebracht werden müssen.

Dass der gegenwärtige Zustand des Klägers, der ihn fast aller seiner Sinnesorgane beraubt, seine willkürliche Bewegung auf ein Minimum reduzirt und seine geistigen Fähigkeiten in erheblichem Masse beeinträchtigt, ihn zur Zeit — und bei der voraussichtlichen Unheilbarkeit des Zustandes auch auf die Dauer — vollkommen erwerbsunfähig macht, bedarf wohl keiner eingehenderen Begründung.

Die mir vorgelegte Frage beantwortete ich demnach auf Grund der vorausgehenden Darlegungen dahin:

„Kläger ist zur Zeit dauernd erwerbsunfähig, und ist dies nur in Folge des am 14. August 1898 erlittenen Unfalles.“

Zur Mechanik der doppelseitigen Serratuslähmung.

Erwiderung auf den gleichlautenden Artikel des Herrn Dr. Placzeck in No. 24, Jahrgang 1900

von

Dr. Scheibe-Ziebingen.

Als zuerstbehandelnder Arzt des dem obigen Artikel zu Grunde liegenden Falles — doppelseitige Serratuslähmung des Dienstmädchens Marie F. — kann ich die darin erhobenen Vorwürfe nicht unwidersprochen lassen. Bei der völligen Grundlosigkeit derselben wenigstens in dem bezüglichen Erkrankungsfall ist die Richtigstellung der unzutreffenden Angaben über die Vorbehandlung um so unerlässlicher, als die in Rede stehende Erkrankung, wie weiter unten gezeigt werden wird, keine Unfallfolge darstellt, und als die abfällige Kritik des Herrn Dr. Placzeck auch in dem der Berufsgenossenschaft erstatteten Gutachten wiederkehrt und eine derartige Kritik eines Spezialarztes über Diagnose und Behandlung des vorbehandelnden praktischen Arztes das Vertrauen der Berufsgenossenschaft zur Zuverlässigkeit des letzteren aufs Schwerste zu schädigen geeignet ist.

Folgendes ist der Thatbestand: Am 22. März v. J. erschien das betr. Mädchen, das damals in einem Nachbardorfe diente, zum ersten Male in meiner Sprechstunde; durch meinen Bruder, der mich damals einige Tage vertrat, wurde laut Ausweis meines Krankenjournals bei der ersten Untersuchung die Diagnose „Serratuslähmung“ gestellt und das Mädchen einer elektrischen Behandlung unterworfen. Sie wurde dreimal von meinem Bruder, nach meiner Rückkehr dreimal von mir selbst elektrisiert und blieb dann, nachdem eine wesentliche Besserung eingetreten war — sie konnte zuletzt die Hand auf den Kopf legen, was ihr zuerst unmöglich war — ohne meinen Willen aus der Behandlung fort; später soll sie allerdings wieder anderweitige ärztliche Hülfe gesucht haben. Bei der ersten Untersuchung am 22. März gab sie an, ihr Leiden bestehe seit drei bis vier Wochen; eine Ursache dafür wusste sie zuerst überhaupt nicht anzugeben, erst auf Befragen gab sie an, es könne möglicherweise davon sein, dass sie öfters schwere Körbe voll Kartoffeln auf dem Rücken tragen müsse, wobei sie mit beiden Händen über die Schultern nach hinten greife und den Korb halte. Von einem Unfall ist also damals mit keinem Worte die Rede gewesen, auch ihrer Herrschaft hat das Mädchen nie ein Wort von einem solchen gesagt, und da mir als Ursache der Lähmung das unzweckmässige Tragen schwerer Lasten mit über die Schulter zurückgebogenen Armen völlig plausibel erschien, so wurde auch nach einem Unfall nicht weiter geforscht.

Im Oktober 1900, also volle sieben Monate später, hat das Mädchen auf einmal Ansprüche an die Berufsgenossenschaft gestellt und angegeben, ihr sei im September 1899 — also wiederum sechs Monate, bevor sie zum ersten Male ärztliche Hülfe aufgesucht hat! — ein Kartoffelkorb, den sie in der oben beschriebenen Weise getragen habe, abgerutscht und sie dabei zu Falle gekommen, wodurch die Lähmung entstanden sei. Der damalige Dienstherr hat in seiner Vernehmung angegeben, dass das Mädchen bis zum Dezbr. 1899 nie über irgend welche Beschwerden geklagt hätte und ihm in ihrer Arbeitsfähigkeit keinerlei Mangel aufgefallen sei, auch von dem angeblichen Unfall hat sie nie ein Wort erwähnt; im März 1900 sucht sie endlich ärztliche Hülfe auf, giebt von einem Unfall wieder nichts an, sondern als Dauer ihres Leidens 3—4 Wochen, und volle 13 Monate nach dem angeblichen Unfall fällt ihr endlich ein, dass ihr der Korb abgerutscht sei, nachdem sie vier Monate nach dem Unfall ohne alle Beschwerden weiter gearbeitet hat! Nun, ich meine, es gehört ein grosses Mass von Vertrauensseligkeit gegen die Angaben eines Unfallverletzten dazu, aus obigem Thatbestand einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Serratuslähmung und dem angeblichen Unfall — der durch nichts bewiesen ist! — herauszufinden; ich bin keine Minute im Zweifel gewesen, dass hier lediglich der schon sehr oft mit und ohne Erfolg gemachte Versuch vorliegt, eine chronische Erkrankung, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich stört, auf einen Jahr und Tag zurückliegenden fingirten Unfall zurückzuführen, und habe in diesem Sinne auch an die Berufsgenossenschaft berichtet.

Der Fall mit allem, was sich daran angeschlossen hat, giebt nach zwei Seiten hin zu denken. Zunächst kann es für den praktischen Arzt, der mitten im Volke steht und Unfälle und angebliche Unfallfolgen täglich unter den Händen hat, nicht mehr zweifelhaft sein, dass das Bestreben, für all' und jede Krankheit ein Trauma, also im versicherungstechnischen Sinne eben einen Unfall als Ursache herauszufinden, jetzt entschieden zu weit geht. Dieses Uebermass von traumatischer Aetiologie ist für die Berufsgenossenschaften um so verhängnisvoller, als es dem ohnehin schon übermässig entwickelten Bestreben des gewöhnlichen Publikums entgegenkommt, für all und jede chronische Krankheit einen angeblich erlittenen Unfall verantwortlich zu machen und durch Erlangung einer Unfallrente Kapital daraus zu schlagen. Diesem Bestreben müssen die Aerzte entgegentreten, anstatt es zu unterstützen; man muss die Begehrlichkeit und die Unzufriedenheit des Arbeiters aus eigenster Erfahrung kennen, um gegen „traumatische“ Krankheiten misstrauisch zu werden, und das mindeste, was man verlangen kann, wenn die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang einer Krankheit mit einem angeblichen Unfall für den begutachtenden Arzt überhaupt diskutabel werden soll, ist doch dass das wirkliche Vorhandensein eines Unfalls im versicherungstechnischen Sinne bewiesen wird und dass dieser Beweis durch zwingendere Gründe erbracht wird als einzig und allein durch die subjektive Angabe des Verletzten selbst über ein Jahr nach dem angeblichen Unfall! Es ist noch nicht sehr lange her, dass ein typhuskranker Gastwirth, in dessen Dorf der Typhus herrschte, in der zweiten Woche seiner Krankheit mit 39,8° Fieber, Roseolen, Milzschwellung etc., in meine Sprechstunde kam, als Ursache seiner Krankheit angab, ihm sei ein Sack Getreide vom Rücken herabgerutscht, als er diesen habe die Treppe hinauftragen wollen, und von mir ein Attest darüber haben wollte, um von seiner Privatunfallversicherung Entschädigung zu beanspruchen! Die Verweigerung dieses Attestes hat mich die Freundschaft des Mannes gekostet, aber wenn man solchen Ansprüchen keinen Widerstand entgegensetzt, dann wird bald kein kranker Arbeiter auf der Welt herumlaufen, der nicht für seine „traumatisch“ entstandene Krankheit Unfallrente bekäme!

Das ist die eine Seite der Sache, die andere liegt noch weit schlimmer. Es ist unzweifelhaft, dass in der Behandlung und der Begutachtung Unfallverletzter durch mehrere Aerzte nacheinander und unabhängig voneinander eine gewisse Gefahr liegt, an der Thätigkeit des Vorgängers unliebsame Kritik zu üben. Selbst wenn ein thatsächliches Verschulden des zuerst behandelnden Arztes wirklich vorliegt, ist es gewiss misslich einen solchen angeblich verpfuschten Fall in einer ärztlichen

Zeitschrift zur Diskussion zu stellen, und noch viel misslicher ist es, dieselbe herbe Kritik in dem der Berufsgenossenschaft zu erstattenden Gutachten auszusprechen, wo doch jeder Bureauschreiber den Namen des zuerst zugezogenen Arztes aus der Unfallanzeige ersehen kann. Wenn aber, wie im obigen Fall, eine unzweifelhaft nicht durch einen Unfall bedingte Erkrankung von dem zuerst behandelnden Arzt richtig erkannt und richtig behandelt wird und das Resultat der Behandlung nur darum mangelhaft ist, weil der Patient eigenmächtig aus der Behandlung wegbleibt, wenn dann dieser Patient zu einem andern Arzt geht, der die Erkrankung als Unfallfolge ansieht, eine Unfallanzeige veranlasst und nun an der Thätigkeit des zuerst behandelnden Arztes eine Kritik übt, die sich bis zu dem Ausdruck „Kunstfehler" versteigt, so weiss man wahrhaftig nicht, wo hier die betonte „strikteste Wahrung kollegialer Rücksicht" zu finden ist: in dem Verhalten des Herrn Dr. Placzeck gewiss nicht! Die Sache wird nicht entschuldbarer dadurch, dass im vorliegenden Fall sich ein einfacher praktischer Arzt vom Lande und ein Spezialarzt der Grossstadt gegenüberstehen; die Werthschätzung der praktischen Aerzte durch das Publikum kann nicht dadurch gewinnen, wenn dann ein zugezogener „Spezialist" die Thätigkeit des zuerstbehandelnden Arztes in Grund und Boden verdammt! Eine Serratuslähmung kann man diagnostiziren, auch ohne „Nervenarzt" zu sein! Wenn Herrn Dr. Placzek die „Thatsache wirklich so auffällig" war, dass die Diagnose nicht gestellt worden wäre, so hätte eine einfache Anfrage bei mir über den ersten Befund die Sache jedenfalls schneller und leichter aufgeklärt als der ganze Sermon über solche „schwer wiegenden Irrthümer", und ich bin dem Vorstande der Berufsgenossenschaft wirklich zu Danke verpflichtet, dass er mir durch Zustellung der Akten des betreffenden Falles Gelegenheit zur Vertheidigung gegeben hat; den dem Artikel in dieser Zeitschrift zu Grunde liegenden Fall hatte ich schon vorher als den seinerzeit zuerst von mir behandelten Fall erkannt.

Alles in Allem dürfte die Angelegenheit in der Beurtheilung von Kollegen vor Dritten oder gar vor einer Behörde zur Vorsicht mahnen.

Auf obige Erwiderung des Herrn Dr. Scheibe-Ziebingen, die mir seitens der verehrlichen Redaktion gütigst zur Verfügung gestellt wurde, gestatte ich mir, Folgendes zu entgegnen:

Um festzustellen, was den Groll des Herrn Kollegen, dessen Name mir erst nach der Veröffentlichung meines Artikels durch einen wenig freundlichen Brief bekannt wurde, so gewaltig erregt haben könnte, ging ich meinen Artikel vom 15. Dezember 1900 noch einmal durch. Da entdecke ich nun zunächst die folgenden einleitenden Sätze: „Zu den vielfältigen Neuforderungen, welche dem ärztlichen Wissen und Können seit dem Bestehen der Wohlfahrtsgesetzgebung erwuchsen, gehört neben der vertieften Kenntniss von den ursächlichen Wechselbeziehungen eine gesicherte Anfangsdiagnose. Weniger sind es therapeutische Rücksichten, die letztere Forderung heutzutage weit dringender betonen lassen, obwohl auch sie mitsprechen, als vielmehr mögliche spätere Rentenansprüche . . . . u. s. w." Also klipp und klar ist es hier ausgesprochen, dass therapeutische Rücksichten kaum in Frage kommen. Ich würde mich jedenfalls nie vermessen, schon wegen des mir eigenen therapeutischen Skeptizismus, den Verlauf eines Leidens, bestimmt auf einen therapeutischen Missgriff oder eine therapeutische Unterlassungssünde zurückzuführen. Und doch fühlt der Herr Kollege sich getroffen und glaubt die richtige Behandlung des zuerst behandelnden Arztes streng kritisirt. Also muss wohl ein anderer Passus das persönliche Auftreten des Herrn Kollegen veranlassen. Da heisst es nun weiterhin:

„Den direkten Anlass zu diesen Ausführungen bietet eine traumatisch entstandene doppelseitige Serratuslähmung, die trotz ihres auffälligen Symptombildes ein volles Jahr als „kleiner Geburtsfehler" und „Schulterverstauchung" bezeichnet wurde. Da solche in ihren Konsequenzen schwerwiegenden Irrthümer geeignet sind, das Vertrauen des Laienpublikums auf dass ärztliche Wissen zu erschüttern, da ausserdem hier das ausserordentlich seltene Vorkommen zu konstatiren ist, dass die Lähmung doppelseitig und ihr Entstehungsmodus selten klar ist . . . ."

Mit keiner Silbe wird hier ein bestimmter Arzt genannt. Der unbefangene Leser kann aus diesen Worten zunächst nur schliessen, dass mehrere Aerzte befragt wurden, wie es auch in der That der Fall war. Mit demselben Rechte, mit welchem Herr Kollege Scheibe den Passus der Anamnese auf sich bezog, hätten es die beiden zuvor befragten Berliner Kollegen thun müssen, und doch hatten beide Kollegen, Dr. Hartwig und Dr. Settegast, sehr wohl das Leiden erkannt, allerdings auch das Unrecht, nach der Ansicht des Herrn Kollegen Scheibe, begangen, hier ein Trauma zu wittern.

Mit dem Herrn Kollegen darüber zu rechten, ob ich mit der Annahme eines traumatischen Ursprungs fehlgehe oder nicht, halte ich für überflüssig. Dazu sind ja die verschiedenen Instanzen da, um unsere divergirenden gutachtlichen Aussagen zu bewerthen. Jedenfalls wird er es mir nicht verübeln dürfen, wenn ich die freundliche Belehrung darüber, was ich in einer ärztlichen Zeitschrift — und hier handelt es sich um die Aerztl. Sachv. Ztg. — veröffentlichen darf, schroff ablehne. Ebenso darf er mir es nicht verübeln, wenn ich auch seine Ansicht nicht theile, dass die Serratuslähmung ein einfach diagnostizirbares Ding sei. Wäre sie es, dann hätten Steinhausen und Mollier sich die grossen Arbeiten sparen können. Dass ein „Uebermass traumatischer Aetiologie" besteht, will ich ihm gern zugeben, nur würde es sich empfehlen, diesen Ausdruck nicht am falschen Orte zu wählen.

Dr. Placzek.

Referate.

Chirurgie.

Extirpation der traumatisch zerrissenen Milz.

Von San.-Rath Dr. Riegner-Breslau.
(Allg. Med. Centr.-Ztg. 1901/3.)

Ein 16jähriger Lehrling wurde zwischen zwei Rollwagen mit dem Bauche eingequetscht. Bald nach dem Unfall erbrach er zweimal, einmal angeblich auch ein Stück geronnenes Blut. Erst nach drei Stunden wurde er in das Krankenhaus eingeliefert, wo er recht blass und erschöpft eintraf. Der Der Unterleib war eingezogen und sehr schmerzhaft, die Bauchmuskeln waren stark gespannt, in abhängigen Theilen fand sich eine bei Lagewechsel nicht deutlich veränderte Dämpfung. Aeussere Quetschungszeichen waren nicht wahrnehmbar.

Da die Zeichen einer inneren Blutung vorlagen, wurde der Leib durch einen Mittelschnitt geöffnet. Aus der Tiefe der Bauchhöhle stürzte eine grössere Menge Blut hervor. Die

Bauchorgane wurden einzeln abgesucht, und es fanden sich schliesslich in der Milz mehrere grosse Risse. Das verletzte Organ wurde kunstgerecht entfernt, der weitere Verlauf war gut. Der Kranke erholte sich völlig, und ist gegenwärtig nicht nur bei guter Gesundheit, sondern hat auch normalen Blutbefund.

Gleichzeitig berichtet der Verfasser über einen vor längerer Zeit in derselben Weise operirten, bei welchem, jedenfalls in Folge der Blutverarmung am 20. Tage der linke Unterschenkel brandig wurde und amputirt werden musste. Dieser letztere Fall war dadurch bemerkenswerth, dass die Lymphdrüsen am ganzen Körper während einer Reihe von Monaten vergrössert, und die einkernigen weissen Blutkörperchen gleichzeitig vermehrt waren.

Ein Fall von traumatischer Milzruptur.

Von Dr. A. A. Trojanow.
(Wratsch 1900, No. 28.)

Der 26jährige Patient stürzte von einer Höhe von ca. 21 Fuss. Er wurde am nächsten Tage mit Erscheinungen innerer Blutung und beginnender diffuser Peritonitis in das Krankenhaus eingeliefert. — Laparotomie 27 Stunden nach dem Unfall. Die Bauchhöhle war mit arteriellem Blute überfüllt, zu dem immer neues hinzukam. Leber, Darm sammt Mesenterium erwiesen sich als unversehrt; dagegen war die Milz derart zerrissen, dass ihr oberes Drittel frei unter der Kuppe des Zwerchfelles lag. Das Blut strömte aus zwei zerrissenen Aesten der Milzarterie, die im abgerissenen Theile der Milz lagen. Nach Unterbindung der abgerissenen Aeste hat Verf., um dem drohenden Blutverlust aus dem abgerissenen Milzrest vorzubeugen, beschlossen, denselben zu exstirpiren. — Glatter Verlauf der Operation und Heilung. Am 8. Tage Entfernung der Nähte. Nach vier Wochen wurde der Patient als gesund entlassen. Das Blut zeigte bei der Entlassung vollkommen normale Verhältnisse. Lb.

Ueber die subkutane Milzzerreissung und ihre operative Behandlung.

Von Prof. Dr. Jordan in Heidelberg.
(M. M. W., 1901, No. 3.)

Ein Offizier stürzte vom Pferde und fiel mit der linken Bauchseite auf den Korb seines Degens, welch letzterer sich gegen den Boden anstemmte. An dieser Stelle fand sich eine äussere Quetschung. Nach und nach stellten sich die Zeichen innerer Blutung ein, so dass der Bauchschnitt angezeigt war. Es fand sich eine von der konkaven Seite ausgehende Zerreissung der Milz. Das Organ wurde ausgerottet. Die Heilung wurde durch eine fieberhafte örtliche Entzündung in der Gegend des Milzstiels verzögert, erfolgte aber schliesslich vollständig. Der Blutbefund, der anfangs eine starke Verminderung der rothen und verhältnissmässige Vermehrung der weissen Körperchen angezeigt hatte, wurde durchaus normal, ohne dass eine Drüsenschwellung oder dergl. auch nur vorübergehend beobachtet worden wäre.

Verf. bespricht nach Mittheilung dieses Falles im Zusammenhang das Wichtigste, was über Milzzerreissung im Allgemeinen zu sagen ist.

Das Organ wird in recht vielen Fällen zur Zerreissung veranlagt durch früher überstandene Krankheiten, die mit Milzvergrösserung einhergehen: Typhus, Syphilis, Malaria, bezw. durch chronische Angiftungen: Alkoholismus.

Das Krankheitsbild setzt sich aus den Reizerscheinungen vom Bauchfell aus und aus den Zeichen innerer Blutung zusammen. Anfänglicher schwerer Schock fehlt oft, die Störungen entwickeln sich jedoch in raschem Fortschreiten.

Mit Leberzerreissung ist die Milzverletzung dadurch bisweilen zu verwechseln, dass Schmerz und Dämpfung in der Lebergegend vorhanden sind. Jedoch fehlt bei Milzzereissung nicht eine ausgedehnte unveränderliche Dämpfung in der Milzgegend. Bei Darmverletzungen tritt früher oder später Luft aus, und die Leberdämpfung verschmälert sich oder verschwindet.

Ohne Operation ist der Verletzte in der Regel binnen 24 Stunden dem Tode verfallen. Von 135 Fällen sollen nur 15 von selbst geheilt sein. Milzzerreissung bildet daher eine unbedingte Anzeige zur Blutstillung auf operativem Wege.

Wie soll dieser Anzeige genügt werden? Durch Ausstopfung, Naht oder Ausrottung des Organs? Das sicherste Verfahren ist das letztgenannte. Es fragt sich nur, ob der Wegfall der Milz eine wesentliche Störung im Organismus bedingt. Thatsächlich ist kein Fall bekannt, in dem die Wegnahme der Milz an und für sich den Tod herbeigeführt hätte. Aber auch ihre Beziehung zur Blutbildung ist mehr als zweifelhaft. Die Störungen der Blutbildung nach Ausfall der Milz gehen immer vorüber, und in der Mehrzahl aller Fälle findet sich nicht einmal zur Zeit nach der Operation eine Drüsenschwellung, ebensowenig ist eine vermehrte Thätigkeit des Knochenmarks (Riegner) sicher festgestellt. Thatsächlich kann man nach ausserordentlich grossen Blutverlusten die Milz ausrotten, und die Operirten werden gesund. Nicht einmal die Schwangerschaft braucht durch Ausrottung der Milz unterbrochen zu werden.

Also soll man getrost das gründlichste Verfahren bei Behandlung der Milzblutungen wählen. Nur ganz ausnahmsweise wird man sich zur Naht, sonst immer zur Ausrottung entschliessen. Man schneide am Aussenrand des linken geraden Bauchmuskels längs ein und füge gegebenen Falles einen Querschnitt unterhalb des Rippenbogens hinzu. Das beste Unterbindungsmaterial ist Seide. Wenn man die Bauchhöhle genügend gereinigt hat, kann man nach dem Eingriff die Wunde vollständig schliessen.

Ein Fall von tötlich verlaufender spontaner Nabelblutung bei einem hämophilen Neugeborenen.

Von Dr. Jens Paulsen, prakt. Arzt in Ellerbeck bei Kiel.
(Münchener Medizinische Wochenschrift, 1900, No. 46.)

Ein neun Tage altes Mädchen starb nach mehrfach sich wiederholender Nabelblutung. Der Versuch einer Umstechung musste, da zu erneuter Blutung aus dem ersten Einstich führend, aufgegeben werden. Blutungen in das Darmlumen, Blutung aus einem Eczembläschen, Blutung aus dem Gehörgang waren nebenher aufgetreten. Kochsalzinfusion wurde für aussichtslos gehalten, Gelatineinjektion wurde von den Angehörigen abgelehnt. Für Lues oder fettige Degeneration fand sich kein Anhalt, dagegen war von den sieben Geschwistern der Mutter ein Knabe im Alter von 14 Tagen durch Verblutung am Nabel und Augenlid zu Grunde gegangen. Seelhorst.

Ein Fall von Schusswunde des Magens nebst gleichzeitiger Verletzung der Leber und einer Niere.

Aus der chirurgischen Abtheilung von Dr. W. H. Krajewski am Krankenhause des Kindlein Jesu in Warschau.

Von Dr. A. Wertheim.
(Medycyna 1900, No. 49.)

Der 17jährige Patient wurde aus einem kleinkaliberigen Revolver an der unteren vorderen Partie der linken Rumpfhälfte angeschossen. Er wurde blass, mit kalten Extremitäten

und oberflächlicher Athmung in das Krankenhaus eingeliefert. Puls 72, schwach, Temperatur 34,5⁰. Im 7. Interkostalraum fand man an der Insertionsstelle des Knorpels an die Rippe eine ca. $^1/_2$ cm breite Einschussöffnung mit unebenen Rändern und von einer geringen Anzahl Blutgerinnseln umgeben. Von seiten der Lunge und des Herzens ergab die allerdings oberflächliche Untersuchung nichts abnormes. Abdomen stark gespannt, aber nicht aufgetrieben. Magengegend bei Druck schmerzhaft. Perkussionsschall im unteren Theil des Abdomens, namentlich links, gedämpft. Zirka $1^1/_2$ Stunden nach der Einlieferung stellte sich zum ersten Mal Bluterbrechen ein, das sich aber im Verlaufe der nächsten Stunde mehrmals wiederholte. — Laparotomie in Chloroformnarkose. Incision links der Mitte des M. rectus entlang, vom Knorpel der 8. Rippe bis 3—4 cm unterhalb des Nabels. Spaltung des Muskels auf stumpfem Wege und Verschiebung der beiden Hälften nach den Seiten hin. Die Untersuchung der eröffneten Bauchhöhle ergab: Bluterguss in die freie Abdominalhöhle, Verletzung des linken Leberlappens in Form einer $1^1/_2$ cm langen Fissur mit unebenen Rändern und Verletzung der vorderen Magenwand dicht unterhalb der Leberwunde in der Nähe der kleinen Kurvatur. Das in der Magenwand befindliche Loch wurde provisorisch mittels Darmpincette verschlossen, während die Leberwunde mit Seidennähten vernäht wurde. Hierauf wurde die Incision behufs bequemerer Besichtigung des Magens entsprechend verlängert, der Magen selbst hervorgeholt, im Ligamentum gastrocolicum, in der Nähe des Magengrundes zwischen zwei Ligaturen eine Oeffnung angelegt und auf diese Weise Zugang zur hinteren Magenoberfläche geschaffen; hier fand man, und zwar gleichfalls am Magengrunde, die Ausschussöffnung, die gleichfalls vorübergehend mittels Darmpincette geschlossen wurde. Das Ligamentum gastro-lienale blutete stark und musste infolgedessen unterbunden werden. Beide Magenlöcher wurden mittels Seidennähten in drei Etagen geschlossen. Nach Reposition des Magens wurde die Bauchhöhle entsprechend gereinigt, und es zeigte sich dabei, dass die ganze untere Parthie derselben, ganz besonders der Douglas'sche Raum, mit Blut gefüllt war, das mittels sterilisirter Servietten entfernt wurde. Schliesslich Verschluss der Bauchhöhlenwunde mittels Dreietagennaht. — Fast fieberloser Operationsverlauf. Am 3. Tage bekam der Patient bereits Milch. Rasch fortschreitende Rekonvaleszenz, schliesslich vollständige Genesung.

Der günstige Ausgang der schweren Verletzung ist einerseits darauf zurückzuführen, dass der Magen zur Zeit des Unfalles leer war, andererseits auf die rechtzeitig gestellte Diagnose und die rechtzeitig eingeleitete chirurgische Behandlung. Dass hier auch eine Verletzung der Niere stattgefunden hatte, sprach der Umstand, dass der Patient eine Zeit lang blutigen Harn entleerte. Lb.

Ueber acute fortschreitende Peritonitis und ihre chirurgische Behandlung.

Von v. Burckhardt.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 55, H. 374.)

Mit Recht kämpft v. Burckhardt gegen die in Deutschland allgemein übliche Bezeichnung „diffuse" oder „allgemeine" Peritonitis im Gegensatz zur „circumscripten" „begrenzten" Peritonitis; denn jeder „allgemeinen" Entzündung des Bauchfelles muss ein Krankheitszustand vorausgehen, auf welchen die Bezeichnung nicht passt und selbst unter den Fällen „allgemeiner" Peritonitis, welche zur Section kommen, giebt es viele, bei denen grosse Theile des Bauchfelles frei von entzündlichen Veränderungen geblieben sind. Das Gemeinsame aller Fälle von sogenannter „diffuser" Peritonitis ist im Gegensatz zur „circumscripten" ihr bis zum Eintreten des Todes progressiver Charakter, so dass v. Burckhardt räth, das Wort „diffus" in der bisherigen Bedeutung aufzugeben und dafür den Ausdruck „fortschreitende" Peritonitis anzuwenden.

v. Burckhardt unterscheidet dann bei der acuten, fortschreitenden Peritonitis vier Arten ihres Beginnes.

Bei der ersten Gruppe erfolgt die Infektion des Bauchfells durch Eindruck infektiösen Materials in den gesunden Peritonealsack von einem subperitoneal gelegenen Entzündungsherd aus, meist von einem der Unterleibsorgane, seltener von einem anderen, dem porietalen Bauchfell benachbarten Organ, in ganz seltenen Fällen durch Perforation eines Empyems, eines paranephritischen oder retroperitonealen Abscesses.

Bei der zweiten Gruppe erfolgt der Durchbruch aus einem schon intraperiteal gelegenen, aber abgekapselten Entzündungsherd.

Bei der dritten Gruppe entwickelt sich die fortschreitende Peritonitis auf dem Wege der Lymphbahnen von einem introperitoneal abgekapselten oder extraperitoneal gelegenen Herde aus (Fälle von eitriger Epityphlitis ohne Perforation des Wurmfortsatzes).

Bei der vierten Gruppe erfolgte die Infektion des Peritoneums dadurch, dass Entzüudungserreger auf mechanischem Wege in die Bauchhöhle gelangen. (Operative Eröffnung der Bauchhöhle oder des Darmtractus oder Verletzung derselben).

Es ist nicht möglich von vornherein einer Peritonitis anzusehen, ob sie einen gutartigen oder schlechten Verlauf nehmen wird. Die Diagnose auf fortschreitende Peritonitis kann man stellen, wenn sich zu plötzlich aufgetretenen, heftigen Leibschmerzen, die von einem bestimmten Herd ausgehen, eine Temperatursteigerung zugesellt (auch wenn sie nicht bedeutend ist) und der druckempfindliche Bezirk sich constant weiter ausdehnt. Beschleunigung und Kleinerwerden des Pulses, Auftreten von Meteorismus, Verschlechterung des Gesichtsausdruckes, schon in den ersten Tagen, sind ein Zeichen rasch fortschreitender Peritonitis. Der Stuhlgang ist bei der fortschreitenden Peritonitis angehalten, Darmgeräusche sind im Gegensatz zu einer mechanischen Darmocclusion nicht vorhanden.

Nach diesen Gesichtspunkten v. Burckhardts müsste der chirurgische Eingriff erfolgen, ehe der Prozess diffus und allgemein im eigentlichen Sinne des Wortes geworden ist.

Praktisch ist dies bei der acuten Perityphlitis am häufigsten durchführbar, wie ez auch v. Burckhardts Epityphlitisfälle unter seinen im ganzen 11 mitgetheilten Fällen von operativ geheilter, fortschreitender Peritonitis zeigen.

Stabel.

Innere Medizin.

Ueber Cystitis typhosa.

Aus der medizinischen Klinik zu Leipzig.

Von Dr. Hans Curschmann in Leipzig.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 42.)

In keinem Falle der zahlreichen Beobachtungen von Typhusbazillen im eiweisshaltigen Harn Typhuskranker wird mit Sicherheit der Beweis der Entstehung einer Cystitis allein durch die Typhusbazillen erbracht.

Verfasser führt diesen Beweis in 3 Fällen.

Die Erscheinungen der Blasenerkrankung beginnen mit Anwesenheit von Typhusbazillen im Harn in späteren Stadien der Typhuserkrankung, Eiweissgehalt gesellt sich hinzu und schliesslich enthält der saure Harn einen starken Bodensatz von Typhusbazillen, Eiterkörperchen und Blasenepithelien, keine Nierenelemente. Nur in einem der 3 Fälle waren Klagen

des Patienten über Blasendruck und Harndrang vorhanden, im Allgemeinen verlief die Cystitis ohne wesentliche Störungen des Befindens, auch ohne durch sie bedingte Temperatursteigerung. Sie wich schon einfachen Mitteln, wie Fachinger Wasser, Salol, Fol. uv. urs. und besonders Urotropim, nur einmal waren Spülungen mit schwacher Höllensteinlösung nöthig.

Seelhorst.

Ueber die Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Tabes dorsualis.

Von Dr. W. Croner, Assistenzarzt.
(Zeitschrift für klin. Medizin, 41. Band, 1900.)

An der Hand der bisher publizirten und 3 neuen eigenen Fällen, in welchen Tabes mit Diabetes komplizirt zu sein schien, geht Verf. den ungemeinen Schwierigkeiten nach, die sich in vielen Fällen einer zweifelsfreien Differentialdiagnose entgegenstellen, weil die Hauptsymptome beider Prozesse beiden Krankheitstypen angehören können. Aus seinen Ausführungen ergiebt sich die Wahrscheinlichkeit innerer Verwandschaft beider Krankheiten, welche in Heredität und pathologisch anatomischen Befunden wesentliche Stützen gewinnt. Tabische Prozesse erreichen z. B. glykogenen Felder die in der Rautengrube, und zweifelsfreie Diabetesfälle gehen mit tiefgreifenden Veränderungen an den Hintersträngen einher. Freilich führt das zunächst zu einer Verwirrung unserer Begriffe und giebt keinen klaren Fingerzeig aus dem Chaos heraus, dem sich auch noch die Thatsache zugesellt, dass Croner in 6 Jahren 6 mal gleichzeitiges Vorkommen an Diabetes insipidus und Tabes gefunden hat. Der Aufsatz bringt eine Fülle von Anregungen, hinterlässt allerdings das unbehagliche Gefühl, das einen beschleicht, wenn man den fest gewähnten Boden seines diagnostischen Wissens auf einmal unter sich schwanken fühlt.

Marcinowski.

Eine neue Gewerbekrankheit?

Von Zahnarzt Lazarus-Neuweissensee.
(Allg. med. Cent. Z. 1900, 102.)

Durch Beobachtungen an zwanzig Arbeiterinnen einer Gummiwaarenfabrik hat Verf. die Ueberzeugung gewonnen, dass es als Seitenstück zur Phosphor-Nekrose auch eine „Gummi-Nekrose“ des Kiefers giebt. Der erste Fall betraf ein Mädchen von 19 Jahren, das seit 2 Jahren in der Fabrik arbeitete. An der sonst gesunden Patientin waren im Oberkiefer nur 5 Zähne erhalten, im Unterkiefer standen zwar die Zähne bis zu den vorderen Backzähnen in geschlossener Reihe, aber sie waren gelockert und bei leichtem Druck auf das Zahnfleisch entleerte sich aus der Alveole eine gelbliche, übelriechende Flüssigkeit. L. entfernte nicht, wie es die Kranke gewünscht hatte, die gelockerten Zähne, sondern vielmehr die fauligen Wurzeln, etwa 20 an der Zahl, und veranlasste das Mädchen, sich einige Tage von der Arbeit fern zu halten. Es trat Heilung ein.

Aehnlich lag die Sache bei den andern Erkrankten.

Welche schädlichen Stoffe der Erkrankung zu Grunde liegen könnten, wird vom Verf. nicht erörtert.

Vergiftungen.

Einiges über Tabakvergiftung.

Von Prof. Haffter.
Medicinisch-pharmazeutischer Bezirksverein Bern.
(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 30. Jahrg., 1900, S. 507—9.)

Nach der allgemein verbreiteten Anschauung ist das Nikotin die wesentlichste Ursache der Tabakvergiftung. Doch ergeben die Analysen verschiedener Tabaksorten, dass die Bezeichnung „leicht, mittel und schwer“ zu dem Nikotingehalt in keinem Verhältniss steht. Das Nikotin ist nicht der einzige wirksame Stoff des Tabakrauches, in demselben finden sich vielmehr noch andere physiologisch wirksame Substanzen: 1. Pyridinbasen, deren Wirkszmkeit meist geringer ist als die des Nikotins, 2. Blausäure, welche sich nur in sehr geringen Mengen findet, 3. Kohlenoxyd, das 2—7 % des Tabakrauches bildet, 4. ein öliger Körper. Letzterer besitzt einen betäubenden Geruch und erzeugt Kopfschmerzen und Schwindel, er hat wahrscheinlich einen nicht unbedeutenden Antheil bei der Tabakswirkung. Die Zigarren werden nikotinfrei gemacht durch Auslaugen mit Alkohol oder Wasser. Das chemische Binden des Nikotins mit Tanninpräparaten verhindert wohl die Auflösung des Nikotins im Mundspeichel, nicht aber die trockene Destillation desselben. In der Diskussion des Vortrages wird von einigen Seiten das Auftreten von Abstinenzerscheinungen bei plötzlichem Aussetzen des Rauchens erwähnt, während andere bestreiten, derartige Erscheinungen je gesehen zu haben.

Groenouw.

Die Vergiftung mit Mohnfrüchten.

Von M. L. Q. van Ledden Hulsebosch-Amsterdam.
(Archiv. f. Krim. Anthr., 5. B., 2. H.)

Die Unsitte, kleine Kinder durch einen Mohnaufguss zu beruhigen, tritt leider in den unteren Volksschichten allerorts immer wieder in ihren traurigen Folgen zu Tage. Eine beliebige Menge von Mohnköpfen wird mit heissem Wasser übergossen und von diesem Thee bekommt der schreiende Säugling wiederum eine beliebige Menge in seine Milchflasche. Dann schläft er ein, allerdings oft genug, um nicht mehr zu erwachen.

Verfasser berichtet über zwei derartige Fälle, einen aus Amsterdam und einen aus Wien. Diese Vorkommnisse sind für den Gerichtsarzt deshalb so wichtig und bieten deshalb der Beurtheilung so grosse Schwierigkeiten, weil der chemische Nachweiss der Vergiftung auf grosse Schwierigkeiten stösst.

In den getrockneten Mohnfrüchten sind die giftigen Alkaloide schon in verschwindend kleiner Menge enthalten. Einzelne davon können sehr wohl fehlen und die, welche man findet, können gerade zu den harmlosen Bestandtheilen des Mohns gehören.

Der oben erwähnte Amsterdamer Fall ist in dieser Beziehung interessant. Es misslang nämlich die Auffindung der Mekonsäure und aller Alkaloide ausser dem Narkotin, dagegen liess sich sowohl aus dem Harn wie aus Blut und Leber ein ätherlöslicher Stoff abscheiden, der die für Narkotin üblichen Reaktionen gab. Zur Kontrolle wurde auf die gleiche Weise der Aetherauszug eines Mohnaufgusses von gleicher Stärke, wie der bei dem Kinde verwendete, und das Blut eines anderen, nicht mit Opium behandelten verstorbenen Kindes geprüft. In dem Aufguss zeigte sich wieder die Narkotinreaktion, in dem Blut fehlte sie. Verfasser glaubte sich danach berechtigt, mit Wahrscheinlichkeit eine Mohnvergiftung aus dem chemischen Befunde zu schliessen. Dragendorff, den er über den Fall um Rath fragte, war auch der Meinung, dass man nur ein Wahrscheinlichkeits-Urtheil abgeben könne.

In dem Wiener Fall war der chemische Befund ganz negativ, doch konnte der Gerichtsarzt mikroskopisch die Reste von Mohnkapseln im Magen-Darmkanal nachweisen.

Nervenkrankheiten.

Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des Nervus peroneus profundus.

Von M. Bartels-Strassburg.
(Neur. Centr. 1901, No. 1.)

So oft der Wadenbeinnerv im ganzen Sitz von Lähmungen allerverschiedensten Ursprungs ist, so selten ist es ausschliesslich sein tiefer Ast. Nur zweimal in der Literatur fand Verf. Fälle von Einzellähmung dieses Astes beschrieben. Der folgende Fall bietet daher besonderes Interesse.

Ein 17jähriger Seminarist springt über einen Baumstamm und stürzt dabei zu Boden. Sofort stellen sich ziehende Schmerzen vom Knie den Unterschenkel entlang ein. Aber die Wanderung konnte noch stundenlang fortgesetzt werden.

Seither stellten sich beim Gehen gewöhnlich wieder dieselben Schmerzen ein. Etwa einen Monat nach der Verletzung wurde der junge Mann darauf aufmerksam gemacht, dass er beim Gehen im Schmutz mit dem rechten Bein fester auftrat, als es den Umständen angemessen war. Nach und nach bemerkte er auch selbst, dass er beim Gehen das Bein höher als das andere hob und gewaltsamer aufsetzte.

Etwa nach $^3/_4$ Jahren verschwanden die Schmerzen. Als aber zur selben Zeit der Verletzte einen Gegenstand am Boden mit dem Absatz wegstossen wollte, gelang es ihm nicht — der Absatz kam nicht recht auf den Boden, die Fussspitze stiess immer vorher auf, er konnte sie nicht heben. Dabei nahm er aber mit der Zeit turnerische Uebungen wieder auf und leistete soviel wie andere.

Nach einem weiteren Vierteljahr traten Nachts Gefühle ein, als ob das Bein sich plötzlich zusammenzöge, es soll auch wirklich gezuckt haben.

Zur Zeit der Untersuchung — 13 Monate nach der Verletzung — war die Gangart noch so wie oben angedeutet: Das Bein wurde stark gehoben, der Fuss etwas geschleudert und mit der Spitze zuerst aufgesetzt. Die Hebung des inneren Fussrandes, soweit sie durch den vorderen Schienbeinmuskel besorgt wird, fehlte, ebenso die Rückbiegung des Fusses im Allgemeinen, der ersten drei Zehen im Besonderen. Sehr bezeichnend ist, dass die Spreizung der Zehen nur am kranken, nicht am gesunden Fusse gelang.

Bei Reizung des Stammes des Wadenbeinnerven erfolgte nur Seitwärtsdrehung des Fusses und Hebung des äusseren Fussrandes. Faradisch war die ganze vom tiefen Aste desselben Nerven versorgte Muskelgruppe — vorderer Schienbeinmuskel, langer und kurzer Zehenstrecker, langer und kurzer Grosszehenstrecker — unerregbar, in den erstgenannten beiden Muskeln überwog galvanisch die Anodenschliessungszuckung.

Gefühlslähmung bestand nirgends. Druck auf einen Punkt drei Finger unterhalb des Wadenbeinköpfchens schmerzte sehr, ebenso Druck im übrigen Verlaufe des tiefen Wadenbeinnerven.

Wahrscheinlich ist bei dem Unfall der Nerv durch starke Vorwärtsbeugung und Auswärtsdrehung des Fusses stark gezerrt worden, besonders an der Stelle, wo er sich bei Durchbohrung des langen Wadenbeinmuskels vom oberflächlichen Aste abzweigt. Es hat sich dann eine Nervenentzündung im gewöhnlichen Sinne des Wortes herausgebildet, deren ungünstige Wirkung auf die Bewegungsfähigkeit des Fusses dadurch, dass es sich um einen kräftigen und körperlich sehr geübten Menschen, einen guten Turner handelte, weniger auffallend war, als sie wohl sonst gewesen wäre.

Bemerkenswerth ist noch, dass trotz Entartungsreaktion unter Einwirkung einer in Massage, passiven Bewegungen, faradischer und galvanischer Elektrisirung bestehenden Behandlung alle verloren gegangenen Bewegungen wiedererlangt wurden.

Ein Fall von hysterischer Skoliose.

Von Wegener.
(Deut. Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 50, H. 172.)

Die Patientin, deren Krankengeschichte Wegener mittheilt, hatte im 16. Lebensjahre einen grossen seelischen Schmerz, welcher Schreikrämpfe zur Folge hatte, die in ein unbezwingbares Lachen übergingen. Seitdem wiederholten sich derartige Anfälle im Laufe des Jahres mehrmals.

Die bei der Aufnahme 26jährige Kranke hatte vor $^1/_2$ Jahre zum ersten Male bemerkt, dass sie schief war. Ein Gefühl von Spannung im Rücken zwang sie, mit stark nach links geneigter Wirbelsäule zu gehen. Schmerzen waren nicht vorhanden.

In 14 Tagen verging die schiefe Haltung von selbst, um sich einige Monate später mit der gleichen Abweichung nach rechts zu wiederholen.

Als sich die Verkrümmung zum dritten Male wieder ohne besondere Veranlassung einstellte, suchte die Patientin die Charité auf.

Die Untersuchung ergab eine hochgradige linksconvexe Skoliose der Lendenwirbelsäule, mit compensatorischer Rechtsconvexität der oberen Brustwirbel. Die Muskulatur der rechtsseitigen Lendengegend war straffer gespannt, als die der anderen Seite. Beim Liegen glich sich die Verbiegung etwas aus, ohne aber ganz zu verschwinden. Der Druckpunkt des N. ischiadicus war nicht schmerzhaft. Zwischen dem rechten Unterrippenrande und dem Darmbeinkamm bestand eine hyperaesthetische Zone, die als hysterisches Stigma sich dadurch dokumentirte, dass die Hyperaesthesie schnell nach dem Bepinseln der Stelle mit einer indifferenten Flüssigkeit verschwand. Bei Suspension der Kranken in der Glissonschen Schwebe glich sich die Skoliose aus, kehrte aber beim ersten Male, nach Abnahme der Schwebe, sofort wieder. Nach achttägiger Suspension verschwand die Verkrümmung allmählich. Die Patientin wurde geheilt entlassen. 6 Monate später wurde sie wieder untersucht, bis dahin hatte sich keine neue Skoliose eingestellt.

Stabel.

Zur Lehre von den postoperativen Seelenstörungen.

Von Dr. G. Engelhardt.
Aus der chir. Klinik zu Göttingen. (Dir.: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Braun.)
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, B. 58, Heft 1 und 2.)

Verf. giebt in der Einleitung eine ausführliche Geschichte der postoperativen Seelenstörungen von ihren ersten Beobachtungen durch Paré und Dupuytren an bis auf die allerneueste Zeit. Die ersten zur Beobachtung gelangten Fälle beziehen sich fast ausschliesslich auf Delirien, welche sich an Augenoperationen anschlossen. Für ihr Auftreten wurde von den verschiedenen Forschern der plötzliche Lichtabschluss, die knappe Diät, die plötzliche Aufhebung oder Verringerung des Sehvermögens u. s. w. verantwortlich gemacht. Schmidt-Rimpler erklärt sich das Zustandekommen dieser Delirien durch Fortfallen der normalen Hemmungsvorgänge im Gehirn, die durch die beständigen Sinnesausdrücke ausgelöst werden. Es fehlt den im Gehirn auftauchenden Vorstellungen die Kontrolle durch die von aussen kommenden Sinneseindrücke, so dass der Kranke glaubt, die auftauchenden Vorstellungen seien bedingt durch einen wirklichen Vorgang in der Aussenwelt.

An die Veröffentlichungen von Delirien, welche nach Augenoperationen auftreten, schlossen sich Beobachtungen

von melancholischen Zuständen, maniakalischen Erregungen und Delirien, welche besonders von ausländischen Forschern nach Operationen an den weiblichen Genitalien gemacht wurden. Verf. giebt eine ausführliche Statistik aller in der Litteratur niedergelegten Aufzeichnungen dieser Art.

Die Anschauungen über das Wesen der postoperativen Psychosen haben sich seit der Zeit Dupuytrens, dessen erste Schilderung noch sehr an das Krankheitsbild des Delirium tremens potatorum erinnert, wesentlich geklärt und vervollkommnet. Man schied zunächst die Vergiftungs-Psychosen aus und sonderte auch die Geisteskrankheiten, die sich nach Operationen bei schon vorher nicht ganz normalen Personen zeigten, ab. Es blieben noch Seelenstörungen übrig, für deren Entstehen man mehr oder weniger eine erworbene oder angeborene Prädisposition verantwortlich machte.

Die Meinungen über das Verhältniss von Operation und Prädisposition resp. Nichtprädisponirtsein waren getheilt. Auf der einen Seite wurde die Ansicht vertreten, dass ohne Anlage ein postoperatives Irresein niemals auftrete, während man auf der anderen Seite annahm, dass die Operation allein im Stande sei, Seelenstörungen auszulösen. Die Ansicht des Verf. geht dahin, dass die postoperativen Psychosen sich am häufigsten bei durch Vererbung, chronische Vergiftungen, Kummer, Sorge Prädisponirten entwickeln, dass jedoch die Operation als solche, vielmehr die durch dieselbe hervorgerufene Erschöpfung kaum als ursächliches, höchstens als auslösendes Moment bei prädisponirten Fällen in Betracht kommen kann; für einen kleinen Bruchtheil endlich ist die Entstehungsursache noch nicht bekannt.

Hiernach theilt Engelhardt die postoperativen Seelenstörungen nach ihrer Entstehungsursache ein in:

I. Geistesstörungen bei vorher nicht Geisteskranken, entstanden
   1. Durch Vergiftung:
      a) durch Alkohol, Cocain, Morphium, Chloroform, Jodoform u. s. w.,
      b) mit organischen Giften (Septikämie),
      c) durch organische Erkrankungen der Nieren und des Darms.
   2. Durch andere prädisponirende Momente.

II. Geistesstörungen bei schon vorher geisteskrank Gewesenen.

Manche der durch Vergiftungen entstandenen Seelenstörungen haben ein ganz charakteristisches Gepräge, so besonders die auf dem Boden des chronischen Alkoholismus sich entwickelnden Geisteskrankheiten, während andere, namentlich die im Anschluss an akute Vergiftungen, Cocain, Jodoform u. s. w. auftretenden, ihnen eigenthümliche Eigenschaften nicht besitzen.

Die besonders in der vorantiseptischen Zeit häufiger beobachteten septischen, theils auf Fieberwirkung, theils auf toxischer Grundlage beruhenden Delirien weisen ein wohl gezeichnetes Krankheitsbild auf, welches durch leichte Reizbarkeit und Unruhe bis zu tiefgreifender Bewusstseinsstörung mit Sinnestäuschungen gekennzeichnet ist.

Der zweiten Gruppe sind solche Seelenstörungen zuzurechnen, welche ihre Entstehung verschiedenen prädisponirenden Umständen verdanken. Begünstigend wirken für ihr Auftreten, Aufregung, Kummer, Sorge, Furcht vor der Operation u. s. w. Eine besondere Rolle spielen hier die gynäkologischen und alle sich auf die Geschlechtsorgane beziehenden Operationen, vornehmlich die, welche einen Verlust derselben herbeiführen.

Der Einfluss der Operation auf schon geistig Gestörte ist nicht in allen Fällen ein gleicher. Das Greisenirresein scheint eine Beschleunigung durch dieselbe zu erfahren, während andere Formen, besonders Epilepsie nicht beeinflusst werden. (Zu trennen ist hiervon die Jackson'sche Epilepsie, bei der freilich Seelenstörungen selten beobachtet wurden; sie wurde durch operativen Eingriff bekanntlich wiederholt geheilt. Ref.)

Der sehr fleissigen Arbeit, deren Durchsicht den Chirurgen, denen das Gebiet der Seelenstörungen im Allgemeinen fern liegt, auf das Angelegentlichste zu empfehlen ist, sind die Krankengeschichten von T., zum Theil selbst beobachteten Fällen, beigefügt. Nhs.

Augen.

Ueber Kalkverletzungen der Augen.

Von Professor Schmidt—Rimpler in Göttingen.

(Berliner klin. Wochenschrift, 1900, No. 36.)

Veranlasst durch die Arbeit von Andreae über die Kalkverletzungen des Auges (referirt Seite 150, Jahrgang 1900 dieser Zeitung) unterwirft Verf. den Gegenstand einer neuen Untersuchung. Unter 56 während der letzten 10 Jahre in der Göttinger Klinik in stationäre Behandlung getretenen Kalkverletzungen waren 10 doppelseitig, 24 betrafen das rechte, 22 das linke Auge. Die Verletzten waren meist Bauhandwerker, welche berufsmässig mit Kalk zu thun hatten. Die Materia peccans war meist Kalkhydrat. Von ungewöhnlichen Verwendungen des Kalkes, bei denen Augenverletzungen vorkamen, seien erwähnt: Ausstreuen von Kalkpulver gegen Gartenschnecken, Explosion einer mit Kalk und Wasser gefüllten Flasche, Verwendung von Jauche mit Kalk gemischt als Düngemittel. Von den 66 verletzten Augen erblindeten 20. Bei zwei Personen waren beide Augen zu Grunde gegangen, diesen war frisch gelöschter Kalk in die Augen gespritzt, welcher im allgemeinen die schlimmsten Verletzungen bedingt. Doch können auch Augen zu Grunde gehen, bei denen abgeschwächtes Kalkhydrat die Verletzung bedingt hat. Die von Andreae angestellten Versuche über die Temperatursteigerung beim Löschen des Kalkes wiederholte Verf. in etwas veränderter Weise. Er konnte die Resultate Andreae's durchaus bestätigen. Die Temperatur steigt sehr langsam an und erreicht erst nach 20 bis 30 Minuten 70° C. 100° C werden selten überschritten, nur im Inneren grösserer Mengen, welche mit einer Kruste bereits gelöschten Kalkes umgeben sind, kann die Wärme bis gegen 200° C erreichen, beim Bruch der Kruste tritt alsdann infolge von Dampfbildung leicht eine Explosion ein, bei der sehr hoch erhitzte Kalkstückchen fortgeschleudert werden können. In diesen Fällen kann neben der Aetzung auch eine wirkliche Verbrennung des Auges erfolgen, ebenso dann, wenn im Löschen begriffener Kalk ins Auge gelangt. Unter den beobachteten 56 Fällen spielt neun Mal die hohe Temperatur des Kalkhydrates eine schädigende Rolle neben der chemischen Wirkung. Letztere ist jedenfalls in der Regel das wichtigste Moment. Die grösste Gefahr droht dem Auge, wenn die Hornhaut getroffen wird. Leichtere Trübungen derselben können sich wieder aufhellen, dichtere dagegen, bei denen man die Iris gar nicht oder nur undeutlich durchscheinen sieht, führen durchgehends einen grossen oder sogar vollständigen Verlust der Sehkraft herbei. Anfangs ist die stärker verätzte Hornhaut meist unempfindlich. Der Endausgang der schweren Fälle ist meist ein grosses Leukom, zuweilen Panophthalmitis mit Schrumpfung des Augapfels Erhebliche Aufhellungen des Hornhautgewebes nach intensiven Verbrennungen mit Kalk sind selten, kommen aber doch zuweilen vor. Verf. beschreibt einen Fall, in dem sich die Sehschärfe von rechts $^1/_{25}$, links $^1/_{20}$, nach drei Jahren auf $^1/_3$ resp. $^1/_5$ gehoben hatte. Neben den Hornhautzerstörungen schädigen die Narbenkontraktionen der Bindehaut den Ver-

letzten. Therapeutisch kommt vor allen die möglichst schnelle mechanische Entfernung des Kalkes in Frage, sodann auch die Unschädlichmachung der zurückgebliebenen Reste. Für letzteren Fall empfiehlt Verf. Oel, im Nothfalle auch Wasser. Das Oel hüllt kleine Kalktheilchen ein und verhindert ihre ätzende Wirkung auf die Bindehaut. Verf. giebt ihm daher den Vorzug vor Wasser. Einige Versuche am Kaninchen sprachen entschieden für den grösseren Nutzen der Oeleinspritzungen. Verf. empfiehlt daher bei Kalkverletzungen des Auges zunächst eine sofortige gründliche mechanische Entfernung der Kalkstückchen, sodann reichliches Ausspülen des Bindehautsackes mit Oel mittelst einer Spritze.

Groenouw.

Eine Verletzung des Auges durch Blitzschlag.

Von Dr. Brixa.

(Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde 1900. S. 759—766.)

Eine 21jährige Telegraphistin wird während der Arbeit am Telegraghenapparate vom Blitz getroffen und bewusstlos zu Boden geschleudert. An der Nase und am linken Fuss, wahrscheinlich entsprechend der Ein- und Austrittsstelle des Blitzes, zeigen sich Verbrennungserscheinungen. An den Augen findet sich Hyperaemie der Iris und eine Anzahl Trübungen im vorderen und hinteren Cortex. Die Sehnervenscheibe erscheint bei der Augenspiegeluntersuchung normal, dagegen liegen nach aussen von ihr gegen die Macula lutea hin eine Anzahl dunkler Flecke, denen im Gesichtsfelde ein kleines paracentrales absolutes Skotom entspricht. Die Herkunft dieser Pigmentherde in der Netzhaut liess sich nicht sicher bestimmen, vielleicht waren sie aus chorioretinitischen Exsudaten oder aus Netzhautblutungen entstanden. Ein halbes Jahr später hatten die Linsentrübungen beträchtlich zugenommen.

Groenouw.

Hygiene.

Ueberbürdung und Schulreform.

Von C. Aust.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege, Bd. 32, S. 649.)

Die vorliegende Arbeit bestätigt die Thatsache, dass, wie die Schulhygiene im Allgemeinen, so auch die Frage der Ueberbürdung unter Führung der Aerzte im letzten Jahrzehnt eine erhebliche Förderung und zunehmende Klärung erfahren hat.

Der Verf. bespricht die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen über die geistige Ermüdung, die Bedeutung der Zahl der täglichen Unterrichtsstunden und der Aufeinanderfolge der verschiedenen Lehrgegenstände, die Bedeutung der Erholungspausen, der häuslichen Schularbeiten, der Prüfungen und, last not least, der Methode des Unterrichts. Hieran anschliessend werden auch diejenigen Ursachen der Ueberbürdung berücksichtigt, die ausserhalb der Schule und mehr oder weniger unabhängig von dieser auf die Jugend einwirken.

Wenn nach allen Diesem eine Ueberbürdung auf unseren höheren Schulen, die theils mittel-, theils unmittelbar durch den Unterricht bedingt ist, nicht zu leugnen ist, muss es als eine der vornehmsten Aufgaben des Staates erachtet werden, die vermeidbaren körperlichen und geistigen Schäden von der Schuljugend unter allen Umständen fern zu halten. Diesem Ziel werden wir uns um so mehr nähern, je mehr sich Pädagogen und Aerzte zu gemeinsamer Arbeit auf dem Gebiet der Schulhygiene vereinigen.

„Wenn die Mehrzahl der Pädagogen erst die Ueberzeugung gewonnen haben wird, dass in dem heutigen Uebermass des Unterrichts eine Ueberbürdung der Schüler begründet ist, wird eine allgemeine Herabsetzung der Lehrziele und damit eine Reform des Unterrichts der höheren Schulen möglich sein.“ Mit den Fachlehrern ist es wie mit den Spezialisten in der Medizin. Beide überschätzen nur zu leicht die Bedeutung ihres Spezialfachs auf Kosten der Gesammtwissenschaft und vielfach auch des Organismus. Hinsichtlich der Reformvorschläge im Einzelnen muss auf die Arbeit selber verwiesen werden.

Roth (Potsdam).

Die Aborte der Eisenbahnzüge.

Von Dr. Hansen, Kreisphysikus, Gramm (Schleswig).

(Deutsche Aerzte-Zeitung 1900, Heft 17.)

Der Verfasser wendet sich gegen die Aborte in den Eisenbahnzügen, deren Abfallrohre über oder neben den Schienen frei endigen. Seine Einwendungen sind zweifacher Art: erstens befürchtet er, dass durch die unmittelbare Entleerung der Exkremente auf die Schienen oder das Bahnplanum Kothpartikelchen und mit ihnen Infektionskeime den im Zuge befindlichen Reisenden zugeführt werden können. Er weist auf die Staubwolken hin, in die bei trockener Jahreszeit die dahinsausenden Züge eingehüllt sind, auf die Einstäubung der Reisenden und des Wageninneren nach längeren Fahrten und auf die Gefahr mit diesem Staube die Infektionsträger einzuathmen oder beim Essen und Trinken während der Fahrt in den Darmkanal zu verbringen. Er giebt zwar zu, dass ein grosser Theil der Keime durch das Sonnenlicht zerstört werde, aber doch nur die an der Oberfläche haftenden, nicht die im Innern der Masse befindlichen. — Der zweite Einwand bezieht sich auf die Gesundheitsschädigung, die der durch die offenen Abfalltrichter eindringende starke kalte Luftzug bedingt. Endlich erwähnt er noch den gesundheitsschädlichen Zustand der alten, muffigen, dunklen, engen Räume, in denen noch auf manchen Bahnhöfen die Aborte untergebracht sind.

Er schlägt zur Abhilfe für die Züge die Einführung von Klosets irgend welcher Konstruktion vor, deren Einsatzgefässe an einer Endstation geleert werden sollen.

Schliesslich erwähnt er, dass auf der 23. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege diese Frage angeschnitten sei, dass aber nichts davon in die Oeffentlichkeit gedrungen sei. — Von den Aerzten und den Behörden scheine die Sache bisher wenig beachtet zu sein. —

Die letzte Bemerkung des Verfassers trifft nicht zu, insofern gerade jetzt in dem bei dem preuss. Ministerium der öffentlichen Arbeiten bestehenden Personenwagen - Ausschuss unter Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen (des Bahnarztes Herrn Geh. Sanitätsraths Dr. Brähmer) eingehend die Frage der Verbesserung der Zug-Aborte erwogen worden ist, und in Folge dessen Aenderungen dieser Anlagen voraussichtlich werden ausgeführt werden. Unwahrscheinlich ist es allerdings, dass sie in dem von dem Verfasser vorgeschlagenen Sinne erfolgen werden, da nach dem Urtheile massgebender Autoritäten eine Gefahr der Verschleppung von Infektionskeimen nicht besteht. — Irrthümlich ist auch die Angabe des Verfassers, dass die Abfalltrichter über den Schienen endigen, dieselben liegen vielmehr fast ganz in der Mitte zwischen den Schienen, so dass die letzteren wohl kaum verunreinigt werden können. Auch die Gefahr, dass in dem Staube, der den Zug umgiebt, Kothpartikelchen sein könnten, ist recht unwahrscheinlich, da dieser Staub fast ausschliesslich von dem Erdreich ausserhalb der Schienen aufgewirbelt wird. Anzuerkennen ist die Nothwendigkeit, die Abfalltrichter während der Benutzung nach unten abzuschliessen, um die Zugluft zu ver-

meiden, und ebenso berechtigt ist die Forderung, unzweckmässige Klosetanlagen auf den Bahnhöfen zu beseitigen.

H. Pollnow-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Bahnärztlicher Verein.

(Offizieller Bericht.)

59. Ordentliche Sitzung
Sonnabend, den 15. September 1900
in Grabowsee-Oranienburg.

I. 5 Uhr: Besichtigung von Grabowsee.

Unter der Leitung des dirigirenden Arztes Herrn Dr. Brecke und seiner Assistenten wurde die Lungenheilstätte in allen ihren Theilen aufs eingehendste besichtigt. Herr Dr. Brecke gab Erläuterungen über die Ernährung und das gesammte Heilverfahren, sowie über die bisher erzielten Ergebnisse.

II. 7³/₄ Uhr: Sitzung in Oranienburg.
Vorsitzender: Brähmer.
Schriftführer: Pollnow.

1. Geschäftliches: Brähmer gedenkt in einem Nachruf des verstorbenen Mitgliedes Bock, zu dessen Ehrung sich die Anwesenden von den Plätzen erheben. Ferner berichtet der Vorsitzende über den Verlauf der Versammlung deutscher Bahnärzte in Baden-Baden. Der Sitzungsbericht dieser Versammlung ist für die Vereinsmitglieder angekauft worden und geht Jedem derselben zu. — Aufgenommen als ordentliche Mitglieder: Friedemann-Zossen, Schnorr-Berlin.

2. Ueber die Nothwendigkeit der Zuziehung der Bahnärzte zu den praktischen Seh- und Hörprüfungen.

An der Besprechung betheiligten sich Brähmer, Silex Pahlke, Jung, Pollnow und es wird der Beschluss gefasst, der K. E. D. auf ihre diesbezügliche Anfrage zu berichten, „dass im Allgemeinen die Zuziehung des Bahnarztes unterbleiben könne, dass jedoch in besonderen Fällen der Bahnarzt auf seinen Wunsch zugezogen werden soll.

3. Bahn-Augenärztliche Mittheilung, Referent Herr Silex.

Wegen vorgerückter Zeit musste sich Herr Prof. Silex auf einige kurze Bemerkungen beschränken. Er hob hervor, dass nach den bestehenden Bestimmungen es nicht nothwendig sei, bei der Beurtheilung des Sehvermögens von Leuten, die in die Gruppe II C eingestellt werden sollen, schon die Untersuchung für die Möglichkeit eines Aufrückens in eine Gruppe, die höhere Anforderungen an das Sehvermögen stelle, auszudehnen, da ja doch vor einem solchen Aufrücken eine erneute Untersuchung stattzufinden habe. — Die von einigen Seiten als überflüssig bezeichnete praktische Prüfung des Sehvermögens sei doch nicht zu entbehren, da namentlich bei Astigmatismus die daran Leidenden in ihrer praktischen Verwendbarkeit brauchbarer seien, als dies auf Grund des Befundes nach den Snellen'schen Probebuchstaben vermuthet werden müsste. Derartige Leute könnten die grossen, einfachen Gegenstände, die sie im Dienste zu sehen hätten, auf weitere Entfernungen erkennen, als dem zahlenmässigen Ergebnisse der theoretischen Sehprüfung entspräche.

60. Ordentliche Sitzung, Freitag, den 23. Novbr. 1900, abends 8 Uhr im Spatenbräu, Friedrichstr. 112.

Vorsitzender: Brähmer, Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftliches. a) Aufgenommen als ordentliche Mitglieder: Oberstabsarzt a. D. Dr. Heimlich-Halensee, Dr. Moeller-Erkner, Sanitätsrath Dr. Ossowidzki-Oranienburg, Dr. Raede-Berlin, Ritterstr. 40, Dr. Souchon-Berlin, Schulstr. 3.

b) Die Königliche Eisenbahn-Direktion theilt mit, dass sie die Inspektions-Vorstände angewiesen habe, dem Dr. Krüger (einem Vertreter des Naturheikundigen Bilz) nicht mehr zu gestatten, den Beamten und Arbeitern Vorträge in Diensträumen zu halten.

c) Im E.D.B.-Altona ist ein bahnärztlicher Verein unter Vorsitz des Dr. Wächter-Altona begründet worden.

d) Auf Antrag des Vorstandes wird beschlossen, dass der Verein mit einem Jahresbeitrage von 20 Mark dem Heilstätten-Verein vom Rothen Kreuz als Mitglied beitritt.

II. Ueber Spiritus-Verbände. Herr Oberstabsarzt a. D. Dr. Salzwedel.

Unter Hinweis auf seine früheren Publikationen in der „Deutschen Militärärztlichen Zeitschrift" 1894 und der „Berliner Klinischen Wochenschrift" 1896 No. 46 und 1900 No. 23, von denen er Sonder-Abdrucke überreicht, erläutert der Vortragende das Wesen und den Nutzen der von ihm angegebenen Spiritusverbände. In theoretischer Beziehung erwähnt er, dass der Alkohol absolutus nicht bakterientödtend wirkt, dass er dagegen in einer Verdünnung von 13 % diese Eigenschaft schon besitzt und dieselbe im höchsten Maasse bei einer Konzentration von 65 % entfaltet. Ebenso ist es sicher, dass der Alkohohl von der entfetteten Haut resorbirt wird, und dass seine baktericide Wirkung namentlich in Kraft tritt, wenn der Verband so angeordnet wird, dass der Alkohol in Gas- oder Dampfform durch die Epidermis tritt. Das Wirkungsgebiet der Alkoholverbände sind in erster Reihe die Phlegmonen, dann ist er als Nothverband geeignet und drittens bewährt er sich bei Gelenkentzündungen. Es ist selbstverständlich, dass alle übrigen bei Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen üblichen Maassnahmen, also namentlich Ruhigstellung, Suspension, sowie Incision von Abscessen wie auch sonst in Anwendung kommen. Der Nutzen des Spiritus-Verbandes besteht darin, dass er die Phlegmonen zum Stillstehen bringt, die nicht mehr zu verhütenden Abscedirungen beschleunigt und einen dünnflüssigen Eiter produzirt. Die Technik des Verbandes ist folgende: Zunächst wird die Haut mit Wattebäuschchen, die mit Aether getränkt sind, abgewischt, etwaige Wunden werden gereinigt und mit Jodoformgaze leicht tamponirt, darüber kommt eine etwa achtfache Lage von entfettetem Mull, der mit 96 % Spiritus so durchtränkt ist, dass die Flüssigkeit nicht mehr abtropft, dann folgt eine 2 bis 3 cm hohe Schicht von trockener, reiner möglichst lockerer Wundwatte und über diese eine Decke von perforirtem, undurchlässigem Stoff. Zur Befestigung dienen Mull- oder Cambricbinden. — Der Verband muss das erkrankte Glied circulär umfassen und muss so ausgedehnt sein, dass er das ganze entzündete Gebiet bedeckt und jedenfalls bis über die nächste zugehörige Lymphdrüsenregion hinausgeht. Der Verband braucht gewöhnlich erst nach 24 Stunden gewechselt zu werden, wird aber nach 12 Stunden etwas mit Spiritus nachgetränkt.

III. Ophtalmologische Mittheilungen: Herr Professor Dr. Silex.

Der Vortragende bekämpft zunächst das Verlangen eines Augenarztes, das dahin ging, dass die Bahnärzte bei den Wiederholungsprüfungen mit dem Perimeter auf zentrales Scotom untersuchen sollten. Er wendet sich dann zur Besprechung der angeborenen und erworbenen Farbenblindheit. Letztere ist von prognostischer und diagnostischer Bedeutung. Nur die Erkrankung der Sehnerven und der inneren Netzhautschichten gehen mit Störungen des Farben-

sinns einher. Die Störungen zeigen sich in Form von peripheren oder zentralen Defekten; es können nur einzelne oder alle Farben verloren gehen. Die peripheren Farbendefekte finden sich bei Tabes, multipler Sklerose und progressiver Paralyse. Das zentrale Farbenscotom findet sich bei Intoxications-Amblyopien, namentlich bei Missbrauch von Alkohol und Tabak, auch bei Vergiftung mit Blei und Schwefelkohlenstoff sowie bei Diabetes und gelegentlich bei Hysterischen und bei posthypnotischen Zuständen wird es beobachtet. Das zentrale Scotom kann zwar gelegentlich der Erkennung entgehen, doch wird dies selten vorkommen, da mit ihm in der Regel eine Herabsetzung der zentralen Sehschärfe verbunden ist. Aus letzterem wird sich die Nothwendigkeit einer spezialärztlichen Untersuchung ergeben, bei der die Störung des Farbensinns und die Ursache der Erkrankung leicht festgestellt werden wird. Die Erkrankung ist gewöhnlich heilbar, doch müssen Leute, die davon befallen waren, regelmässig jährlich nach untersucht werden. Bei den Bahnbeamten sind zentrale Farbenscotome selten zur Beobachtung gekommen. — Zum Schluss erwähnt er noch die Erythropsie (Rothsehen), welche er nach einer Kopfverletzung beobachtet hat und welche namentlich nach Staaroperationen vorkommt, und der Xantopsien (Gelbsehen), welche bei Icterus und beim Gebrauch von Santonin sich einstellt.

IV. Feststellung der Tuberculose-Erkrankungen bei Eisenbahn-Beamten: Herr Dr. **Herzfeld.**

Die Errichtung zweier Lungenheilstätten für die preussische Eisenbahn-Verwaltung lasse es zweckmässig erscheinen, die Frage zu erörtern, in welcher Weise die Bahnärzte dazu beitragen können, diese Heilstätten für die Beamten und Arbeiter möglichst nutzbar zu machen. — Wenn auch zu hoffen sei, dass die Grenze für die Aufnahme nicht so eng gezogen wird, wie für die Heilstätten der Arbeiter-Invalidenkasse, so muss doch auch für die Lungenheilstätten der Eisenbahn-Verwaltung die möglichst frühzeitige Zuführung Tuberculöser als das Erstrebenswertheste anerkannt werden. Wenn nun auch den Bahnärzten im allgemeinen der Gesundheitszustand des jedem einzelnen zugewiesenen Personals bekannt ist, so entziehen sich doch eine Anzahl von Beamten und Arbeitern der ärztlichen Beobachtung, bis sie durch Fortschreiten ihrer Erkrankung arbeitsunfähig werden. Um auch bei diesen Letzteren etwaige Erkrankungen an Tuberculose frühzeitig feststellen zu können, schlägt der Vortragende vor, bei der Königlichen Eisenbahn-Direktion den Antrag zu stellen, sie möge sämmtliche Beamten und Arbeiter durch die Bahnärzte einer periodisch wiederkehrenden Untersuchung in Bezug auf die Gesundheit der Lungen unterziehen lassen. — Die Grösse der mit diesen Massen-Untersuchungen verbundenen Arbeit glaubt der Vortragende dadurch bewältigen zu können, dass die Untersuchung stattfinden solle, bevor die Beamten den ihnen jährlich zu gewährenden Erholungs-Urlaub antreten. Für die Arbeiter dürften die Kassen-Vorstände den geeigneten Weg finden, um auch diese in regelmässiger Weise der Untersuchung zuzuführen. Der Vortragende hofft, auf diese Weise zur Frühdiagnose der Tuberculose zu kommen, ohne das Personal zu beunruhigen.

V. Die Frage der Tuberculose-Heilstätten: Herr Geheimer Sanitätsrath Dr. **Brähmer.**

Die Heilstättenfrage sei erst in den Vordergrund getreten, seitdem der Pensionskasse das Recht verliehen ist, das Heilverfahren zu übernehmen und dadurch die Rentenbedürftigkeit nach Möglichkeit hinauszuschieben. Das Heilverfahren kann bestehen in Operationen, spezialistischer Behandlung, vor allem aber in der Ueberweisung in Heilstätten. Durch eine glückliche Verbindung der Pensions- mit den Krankenkassen sei die Möglichkeit gegeben, den Angehörigen der Ueberwiesenen das Krankengeld zu zahlen und damit das Haupthinderniss — den häufigen Widerspruch des Ueberwiesenen — aus dem Wege zu räumen. Das kurze Bestehen rechtfertige noch kein abschliessendes Urtheil über den Werth der Heilstättenbehandlung. Es wäre verfehlt, schon jetzt von einem vollen Erfolge zu sprechen, ebenso verfehlt wäre es aber auch, blass unter Hinweis auf die soziale Lage, der die Entlassenen doch bald erliegen müssen, ein absprechendes Urtheil zu fällen. Wolle man zu einem annähernd sicheren Urtheil kommen, so hänge das vor allem ab von der richtigen Ausführung der Aufnahme-Bedingungen, d. h. von der Brauchbarkeit der ärztlichen Atteste. Diesen Satz finde er bestätigt in seiner Eigenschaft als Vertrauensarzt der Pensionskasse der preussischen Staatseisenbahnen. Von 1. Dzbr. 1890 bis 1. Dzbr. 1900 seien 470 Lungenkranke den Heilstätten überwiesen, 69 dagegen abgelehnt. Der Grund der Ablehnung sei ein doppelter: entweder sei die Krankheit zu weit vorgeschritten, oder sie erfordere noch keine Heilstättenbehandlung. Hierin sei klar der Fehler ausgesprochen, den die Aerzte bei Ausstellung der Gutachten machten. In Bezug auf den ersten Punkt müsse daran erinnert werden, dass nur solche Kranken in die Heilstätte gehören, die eine gewisse Aussicht bieten, wenigstens auf einige Jahre vor der Erwerbsunfähigkeit geschützt zu werden. Es sei vom humanen Standpunkt aus sehr zu loben, wenn man die Kranken unter gute hygienische Verhältnisse bringe. Dafür wären aber die Krankenhäuser und die in Aussicht genommenen Lungenpflegestätten da; hier handele es sich nur um Lungenheilstätten. Was den zweiten Punkt betrifft, so könne er Beispiele dafür anführen, dass Kranke zur Heilstättenbehandlung vorgeschlagen wurden, die nach Beendigung der 2—3 Wochen dauernden Formalitäten vollständig gesund waren und jedenfalls nicht tuberculös gewesen waren. — Diese Fehler müssen die Aerzte vermeiden. Die dazu nöthige Untersuchung erfordere allerdings Arbeit, und daher würde auch von der Pensionskasse jedes Gutachten mit 5 Mk. honoriert. Dass jedenfalls Erfolge zu verzeichnen wären, beweise der Umstand, dass die Pensionskasse soeben mit Bewilligung des Herrn Ministers mit dem Bau zweier Lungenheilstätten (in Melsungen a. d. Fulda und in Schreiberhau) beginne. Sache der Aerzte sei es nunmehr, die Gutachten möglichst erschöpfend auszustellen. Etwaige Wünsche in Bezug auf die bekannten Formulare nehme er gern entgegen.

In der Diskussion über die beiden letzten Vorträge bittet Schindler von der im Formular geforderten Temperatur-Messung bei nur ambulatorisch behandelten Tuberculösen Abstand zu nehmen, was Brähmer anzuregen verspricht. — Gegen Herzfeld's Vorschlag wird geltend gemacht, dass derartige Untersuchungen nicht nothwendig seien, da die Tuberculose wohl nur sehr selten auch in ihrem Beginne so symptomlos verlaufe, dass sie dem Erkrankten kein Krankheitsgefühl verursache und ihn nicht veranlasse, ärztlichen Rath nachzusuchen. Ausserdem wurde bezweifelt, dass bei den fortgesetzten Massenuntersuchungen in überwiegender Mehrzahl gesunder Menschen es wirklich gelingen werde, die geringen objektiv feststellbaren Erscheinungen der beginnenden Tuberculose aufzufinden. — Der Antrag Herzfeld's wurde schliesslich mit allen gegen die Stimme des Antragstellers abgelehnt.

Pollnow.

Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege zu Berlin.

Sitzung vom 26. März 1900.

Herr Sommerfeld-Berlin. Die hygienische Lage der Steinarbeiter in Deutschland.

Zu den Steinarbeitern gehören die Steinklopfer, Steinsetzer, Steinbrecher, Steinhauer (Steinmetze), Steinbildhauer und Steinschleifer. Besondere Abarten sind die Putzer, denen die Herstellung von Bordschwellen u. dgl. zufällt, und die Mühlsteinarbeiter.

Die Schädlichkeit der Steinarbeiter-Thätigkeit beruht theils auf der Schwere der Arbeit theils auf der Entwicklung zahlreichen feinen mineralischen Staubes. Die Schleif- und Polierarbeiten werden an feuchtem Material ausgeführt, und es ist daher bei denen jegliche Staubentwicklung ausgeschlossen. Beim Steinhauen ist das verhältnissmässig harmloseste Material der Marmor, ihm folgt der Granit, viel gefährlicher ist der Sandstein und am schlimmsten der Mühlstein. Vortragender belegt diese Behauptungen durch Ergebnisse eigner und fremder Feststellungen.

Die Folgen der Staubeinathmung bestehen in chronischen Katarrhen der Luftwege, in Verdichtungen der Lunge (Steinhauerlungen) und auf dem Boden jener Veränderungen in Tuberkulose.

Ausser den besprochenen Schädlichkeiten wirken auf die Steinarbeiter jähe Temperaturveränderungen und Durchnässungen, denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind, ungünstig.

Die Unfallgefahr ist am grössten bei den Steinbrechern, geringer bei den andern Steinarbeiten. In 62 Orten entfielen auf je 100 Erkrankungen durchschnittlich 21,6 auf Unfälle.

Der Verband der Steinarbeiter Deutschlands hat 1886 bis 97 1073 Todesfälle verzeichnet, die Verstorbenen erreichten ein Durchschnittsalter von 37 Jahren, bei $84^1/_5$ % aller war Lungenschwindsucht verzeichnet. Vortragender selbst hat 2013 Steinarbeiter, meist zwischen 20—40 Jahren, untersucht. Ca. 9 % hatten sicher Tuberkulose, ausserdem waren etwa 11 % höchst wahrscheinlich tuberkulös.

Andere Krankheiten der tieferen Athmungswege waren bei etwa über 19 %, solche der oberen Luftwege fast immer vorhanden.

Dass späteres Eintreten in den Beruf die Gesundheitsverhältnisse günstiger gestaltet, liess sich insofern nicht nachweisen, als früher oder später alle ihrem Schicksal verfallen. Doch lässt sich feststellen, dass die sehr jung eingetretenen schon früher erkranken als die älter eingetretenen. Bezüglich der Besserung dieser traurigen Verhältnisse hat Vortragender folgende Leitsätze aufgestellt.

1. Der Eintritt in den Beruf der Steinhauer ist nicht vor Beendigung des 16. Lebensjahres gestattet.

2. Die Einstellung eines Lehrlings ist nur dann zulässig, wenn durch das Zeugniss eines von der höheren Verwaltungsbehörde zur Ausstellung solcher Zeugnisse ermächtigten Arztes dargethan wird, dass die körperliche Entwicklung eine Beschäftigung in dem Berufe ohne Gefahr für die Gesundheit zulässt.

3. Die Beschäftigung von Arbeitern unter 18 Jahren darf die Dauer von 6 Stunden, die Beschäftigung der über 18 Jahre alten Arbeiter die Dauer von 8 Stunden täglich nicht überschreiten.

4. Die Höhe der Arbeitshütten darf nicht weniger als 5 m betragen. An ihrem Dach sind in Abständen von etwa 1 m Oeffnungen anzubringen, welche mit einem Dachreiter oder mit aufstellbaren Fenstern versehen sind.

Die Längsseite der Arbeitshütte bleibt offen und ist mit einem wasserdichten Vorhang zu versehen, welcher aufgerollt oder zur Seite gezogen werden kann.

5. Der auf den einzelnen Arbeiter entfallende Arbeitsraum ist so zu bemessen, dass rings um das Arbeitsstück 1 m Spielraum bleibt.

6. Die Schuttmassen sind aus dem Arbeitsraume täglich nach Beendigung der Arbeitszeit zu entfernen. Am Ende der Woche muss eine gründliche Reinigung des ganzen Arbeitsraumes erfolgen.

7. Bei allen Arbeiten, welche mit maschineller Kraft ausgeführt werden, sind wirksame Absaugungsvorrichtungen anzubringen und deren Benutzung streng durchzuführen.

8. In Betrieben, welche über maschinelle Kraft verfügen, sind die Arbeitshütten künstlich zu ventiliren.

9. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, gegen Staub geschützte, heizbare Aufenthaltsorte herzurichten, in welchen Tische und Bänke in hinreichender Zahl, Wascheinrichtungen, sowie ein Heizapparat zum Aufwärmen von Speisen und Getränken Aufstellung finden.

Ein Theil der Aufenthaltsräume ist durch eine Bretterwand oder einen staubdichten Vorhang abzutrennen und zur Aufbewahrung der Strassenkleider herzurichten.

10. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, gutes Trinkwasser in hinreichender Menge zur Verfügung zu stellen.

11. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, mit Wasser gefüllte Spucknäpfe in den Arbeitsräumen aufzustellen. Die Spucknäpfe sind täglich zu reinigen.

12. Den Steinhauern ist das Rauchen und der Genuss alkoholischer Getränke während der Arbeit zu untersagen.

13. Die Steinhauer sind durch Wort und Schrift über die Berufsgefahren und über den Werth einer zweckmässigen Lebenführung aufzuklären.

Auf Anregung von Herrn Baer nahm Vortragender nachträglich ein Verbot des Alkoholgenusses in die Thesen auf. Bei dieser Gelegenheit beklagte der Vorsitzende des Steinarbeiterverbandes Herr Mischke das häufige Fehlen einer genügenden Wasserversorgung der Arbeitsstätten.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Betriebsunfall liegt nicht vor. Gewerbekrankheit.

Entsch. vom 5. November 1900.

Der auf Grube K. beschäftigte Hauer Joseph P. will am 25. Januar 1898 eine Beschädigung des rechten Kniees erlitten haben und beantragt die Gewährung einer Unfallrente. Mit seinen Ansprüchen vom Sektionsvorstande und vom Schiedsgericht abgewiesen, legte P. Rekurs ein und beantragte Zuerkennung einer seinem Zustande entsprechenden Unfallrente. Er führte aus, zwar habe er schon wenige Tage nach dem Unfall wieder arbeiten können, doch sei immer noch eine gewisse Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen zurückgeblieben, über die er seinen Kameraden Mittheilung gemacht habe. In dem Glauben, der Schmerz werde sich geben, habe er ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen. Dass er so lange weitergearbeitet habe, dazu habe ihn die Noth getrieben, da er Familienvater sei.

Der Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Dem Rekurse musste der Erfolg versagt bleiben, insbesondere, weil in dem Vorgange, wie der Verletzte ihn angiebt, ein Betriebsunfall nicht zu erblicken ist, und weil der ursächliche Zusammenhang des derzeitigen Leidens mit dem vom Kläger dafür verantwortlich gemachten Ereigniss nicht erweislich ist. Der Kläger war nach seiner Angabe am 25. Ja-

nuar 1898 eine Viertelstunde lang in knieender Stellung mit Schrämen beschäftigt gewesen; hierauf musste er sich aufrichten, um die Stempel herauszuschlagen. Als er sich erheben wollte, spürte er heftige Schmerzen im rechten Knie. Am Tage darauf stellte der vom Kläger befragte Dr. P. eine Kniegelenksentzündung fest, die bis zum 30. Januar 1898 den Kläger arbeitsunfähig machte. Am letztgenannten Tage nahm der Kläger seine Arbeit wieder auf und zog den Arzt bis zum Schlusse des Jahres 1898 nicht mehr zu. Dann hat der Kläger erst am 30. Oktober, 13. und 18. November 1899 den Arzt wegen eines Knieleidens wieder zu Rathe gezogen, ohne jedoch hierbei die Arbeit einzustellen; erst am 22. November 1899 legte er wiederum die Arbeit nieder, er wurde dann mehrere Monate lang ärztlich behandelt, nach welcher Behandlung nur noch eine gewisse Schwäche und Steifigkeit zurückblieb.

Mit Recht folgert P. aus diesem Sachverhalt, dass das im Oktober 1899 aufgetretene Knieleiden mit der Kniegelenksentzündung vom Januar 1898 nicht im Zusammenhang steht. Denn anderenfalls hätte der Kläger ärztlicher Hilfe auch in der Zwischenzeit nicht entrathen können, er hätte dann in dieser Zeit auch nicht seine Berufsarbeit verrichten können. Der genannte Arzt kann deshalb in der zuletzt aufgetretenen Erkrankung des Knies, die sich nach den Angaben des Klägers seit September 1899 entwickelt und dann langsam verschlimmert hat, nur eine durch die ungünstigen Arbeitsbedingungen des Bergmannsgewerbes allmählich entstandene Gewerbekrankheit erkennen.

Fehlt es hiernach an dem Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem jetzigen Leiden des Klägers und dem Vorgang vom 25. Januar 1898, so kann auch andererseits dieser Vorgang selbst, so wie der Kläger ihn schildert, als ein Unfall nicht angesehen werden. Denn die Gesundheitsschädigung, welche der Kläger erlitten hat, ist auf ein plötzliches, in einen engen Zeitraum eingeschlossenes Ereigniss nicht zurückzuführen. Das Knieen während des Verlaufs von einer Viertelstunde kann die Entzündung nicht hervorgerufen haben; sie muss also, wenn sie überhaupt von der Bergmannsarbeit herrührt, durch schon früher erlittene ungünstige Einwirkungen allmählich herbeigeführt worden sein. Auch das frühere Leiden des Klägers, welches er am 25. Januar 1898 sich zugezogen hat, kann danach nur als das Endergebniss einer länger andauernden Reihe von in ihrer Gesammtheit nachtheilig wirkenden Arbeitsverrichtungen, also als Gewerbekrankheit angesehen werden. (Compass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsgefährliche Abfallwässer.

Entsch. vom 12. Januar 1901.

Der Amtsvorsteher zu T. im Saalkreise hatte im Juni v. J. an die offene Handelsgesellschaft H. u. Comp., Malzfabrik zu T. eine Verfügung erlassen, in welcher dem verantwortlichen Leiter der Malzfabrik bei Strafandrohung aufgegeben wurde, für eine gründliche Reinigung des Abfallwassers vor dessen Einleitung in den nahe gelegenen Bach zu sorgen. Die Wahl des Verfahrens zur Reinigung des Wassers bleibe der Fabrik überlassen. Es wurde aber unbedingt verlangt, dass nur dann Abfallwässer der Malzfabrik in den Bach geleitet werden dürfen, wenn sie vorher derartig gereinigt seien, dass Proben davon in Mengen von je ein Liter nach zweitägigem Stehen in offenen Schalen bei Zimmertemperatur noch nicht in stinkende Fäulniss übergehen. Bei Ausführung der fraglichen Reinigungsanlage würden Regierungs- und Gewerberath Sch. und Gewerbeinspektor H. zu H. mit ihrem Rath gern der Fabrik zur Seite stehen. Diese Verfügung fochte die besagte Firma durch Beschwerde beim Landrath des S. Kreises an, welcher aber auf Abweisung der Beschwerde erkannte. Die weitere Beschwerde beim Regierungspräsidenten zu M. hatte ebenfalls keinen Erfolg. Der Regierungspräsident führte aus, nach den Gutachten von Sachverständigen enthalten die Abfallwässer aus Malzfabriken stets mehr oder minder Gummi, Kali, Phosphorsäure, Zucker und stickstoffhaltige Stoffe und gehen rasch in Fäulniss über, indem sie alle Zersetzungserzeugnisse liefern, die bei der Fäulniss stickstoffhaltiger Stoffe beobachtet worden seien. Nur da, wo die Abfallwässer in frischem Zustande grösseren und schnellfliessenden Wasserläufen zugeführt werden können, könne die Bildung üblen Geruches verhindert werden. Das Beispiel anderer Malzfabriken zeige deutlich, wie schnell und intensiv Abwässer in stinkende Fäulniss übergehen, sobald sie sich ansammeln. Alsdann erhob die erwähnte Firma Klage gegen den Regierungspräsidenten beim Oberverwaltungsgericht und bestritt, dass die Abfallwässer aus der Malzfabrik geeignet seien, eine Gesundheitsgefahr hervorzurufen. Wenn die Anlieger angehalten würden, den fraglichen Bach zu reinigen, so würde dadurch ein besseres Gefälle des Baches eintreten und es würde dann kein Geruch mehr wahrgenommen werden. Das Oberverwaltungsgericht erachtete jedoch die Klage der Malzfabrik nicht für begründet und führte aus, nach den erstatteten Gutachten habe das Wasser aus der Malzfabrik zur Zeit des Erlasses der Verfügung Stoffe gehabt, welche geeignet gewesen seien, eine Gesundheitsgefahr hervorzurufen. Möge sich auch der Graben in einem schlechten Zustande befunden haben, so sei dies für den vorliegenden Rechtsstreit unerheblich. Die Polizeibehörde sei unbedingt berechtigt gewesen die angefochtene Verfügung zur Beseitigung einer Gefahr für Leben und Gesundheit von Menschen zu erlassen. M.

Aus dem Kammergericht.

Bezweckt ein Aerzteverein Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten?

Entsch. v. 21. Mai 1900.

Ob ein Verein eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten bezweckt, ist zwar im wesentlichen Thatfrage; jedoch kommen auch rechtliche Gesichtspunkte hierbei in Frage. „Oeffentlich" sind alle Angelegenheiten, welche nicht ausschliesslich einzelne physische und juristische Personen und deren Privatinteresse, sondern im Gegensatz hierzu die Gesamtheit des Gemeinwesens und das gesamte öffentliche Interesse berühren. Deshalb hat auch die Rechtsprechung des KG. regelmässig Vereine, welche die socialen Interessen eines ganzen Standes oder einer Bevölkerungsklasse wahrzunehmen und die wirtschaftliche Lage dieses Standes oder dieser Bevölkerungsklasse zu heben beabsichtigen, als solche angesehen, welche eine Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten bezwecken. Dasselbe muss von Aerztevereinen gelten, welche die erwähnten Zwecke bezüglich des ärztlichen Standes verfolgen und sich namentlich mit Erörterung von Honorarfragen befassen. Die Honorarfrage kann nicht in einer Art behandelt werden, dass sie nur die privaten Interessen der Aerzte berührt, weil den Interessen der das Honorar empfangenden Aerzte die des zahlenden Publikums gegenüberstehen. Da nun jedermann in die Lage kommen kann, und auch die meisten Menschen thatsächlich einmal in die Lage kommen, die Hülfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen, liegt auch im Interesse des Publikums, dass die Gebührensätze der Aerzte nicht zu hoch normirt werden. Andererseits liegt es auch im Interesse des Publikums, dass durch angemessene und nicht zu niedrige Gebührensätze die Erhaltung eines ehrenhaften und tüchtigen Aerztestandes gesichert wird. Mit Rücksicht auf diese Umstände und darauf, dass die Nothwendigkeit der Inanspruch-

nahme eines Arztes regelmässig dringlicher aufzutreten pflegt, als die Nothwendigkeit der Inanspruchnahme anderer Gewerbetreibender, hat der Staat hier — ebenso wie bei den Apothekern — durch Aufstellung einer Taxe eingegriffen. Die Vertretung der Interessen des ärztlichen Standes in der Honorarfrage ist daher unbedenklich als Einwirkung auf öffentliche Angelegenheiten anzusehen. (D. Jur. Ztg.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Fritsch-Bonn. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H.** Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Verl. Ferd. Enke, Stuttgart 1901. 5,60.

Das vorliegende Werk war in erster Auflage ein Abschnitt des Müller'schen Handbuches der Geburtshilfe aus gleichem Verlage. Verf. ist der Ansicht, dass die gerichtsärztliche Geburtshilfe ein Ganzes bildet, welches der Geburtshilfe treibende Arzt soweit kennen muss, dass er sich in foro nicht blamirt, denn er wird gerade in geburtshilflichen Fällen öfter in die Lage kommen, Sachverständiger zu sein als in anderen Theilen der gerichtlichen Medizin. Trotzdem wird in den neueren Handbüchern der Geburtshilfe die gerichtliche nicht im Zusammenhang abgehandelt.

Das Fritsch'sche Buch ist in Form des Kompendiums abgefasst, es bringt in allen Theilen klar und knapp des Thatsächliche, ohne sich in die vielen strittigen Fragen und in die massenhafte Literatur tiefer einzulassen, als zur Kritik nöthig ist. Dieses Prinzip ist in vorzüglicher Weise z. B. in dem Kapitel über die Lungenprobe durchgeführt. Eine detaillirte Kasuistik ist nicht gegeben.

Den einzelnen Kapiteln sind die gesetzlichen Bestimmungen mit den nöthigen Erläuterungen vorangestellt.

Das Werk zerfällt in 6 Abtheilungen: 1) Kindsmord, 2) krimineller Abort, 3) Nothzucht, 4) Nichtigkeit und Anfechtbarkeit der Ehe, 5) Dauer der Schwangerschaft, 6) Die Fahrlässigkeit der Geburtshelfer und Hebeammen. In dieser Abtheilung ist besonders beherzigenswerth die humane Auslassung über die ärztlichen Kunstfehler. F. will dieses Wort ganz beseitigt wissen, da es eine Definition in abstrakter Weise nicht zulässt und auch in den gesetzlichen Bestimmungen nicht enthalten ist.

Im Kapitel über Uterusuptur sind besonders die erst neuerdings näher bekannt gewordenen Fälle spontaner Ruptur und Ruptur in der Schwangerschaft berücksichtigt. Auch die Auseinandersetzung, wann eine Durchbohrung des Uterus mit der Curette als Fahrlässigkeit anzusehen, ist gerichtsärztlich sehr wichtig.

Im Kapitel „Puerperalfieber" bezeichnet Verf. die Anzeige eines des Puerperalfiebers verdächtigen Falles als eine Schwierigkeit, die noch Niemand gelöst hat und Niemand lösen wird! Er präzisirt dann die Stellung, die gegenüber den Infektionen durch die Hebeammen eingenommen werden muss und hält eine Reichs-Hebeammen-Ordnung für dringendes Bedürfniss.

Auf die bakteriologische Seite des Begriffes des Puerperalfiebers, die in den letzten Jahren lebhafte Diskussionen verursacht hat und gerichtliche Fälle in der Zukunft wohl öfter compliciren wird, geht Verf. leider nicht ein.

Schwarze.

Tagesgeschichte.

Geschäftsordnung für den Reichs-Gesundheitsrath.

Der Entwurf einer Geschäftsordnung für den Reichs-Gesundheitsrath, welche nach dem Gesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom Reichskanzler mit Zustimmung des Bundesraths festgestellt werden soll, ist dem letzteren zugegangen.

Danach besteht der Reichs-Gesundheitsrath aus den vom Bundesrath gewählten Mitgliedern. Ausserdem gehören ihm die jeweiligen Abtheilungsvorsteher des kaiserlichen Gesundheitsamts an. Der Vorsitzende und dessen ständiger Stellvertreter werden vom Reichskanzler aus der Zahl der Mitglieder ernannt. Die Wahl der Mitglieder erfolgt auf fünf Jahre. Zu den Verhandlungen können auf Sondergebieten erfahrene Sachverständige durch den Vorsitzenden zugezogen werden. Den Reichs- und Landes-Zentral-Behörden steht es frei, zu Berathungen, an denen sie betheiligt sind, Vertreter zu entsenden. Die Mitglieder versehen ihr Amt als Ehrenamt, erhalten jedoch, soweit sie nicht in Berlin wohnen, für die Zeit ihrer Abwesenheit vom Wohnort Fahrgelder und Reisekosten nach den Sätzen für die vortragenden Räthe der obersten Reichsbehörden.

Dem Reichs-Gesundheitsrath liegt es ob, das kaiserliche Gesundheitsamt bei der Erfüllung der ihm auf dem Gebiete der Medizinal- und Veterinärpolizei zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen. Er ist befugt, den Landesbehörden auf Ansuchen Rath zu ertheilen. Er kann sich, um Auskunft zu erhalten, mit den ihm zu diesem Zwecke zu bezeichnenden Landesbehörden unmittelbar in Verbindung setzen, sowie Vertreter absenden, welche unter Mitwirkung der zuständigen Landesbehörden Aufklärungen an Ort und Stelle einziehen.

Es werden neun Ausschüsse gebildet für 1. Gesundheitswesen im Allgemeinen (insbesondere soweit Wohnung, Heizung, Lüftung, Beleuchtung, Bekleidung, Schule, Bäder, Bestattung und Beförderung von Leichen in Betracht kommen). 2. Ernährungswesen. 3. Wasserversorgung. 4. Gewerbehygiene. 5. Seuchenbekämpfung. 6. Heilwesen im Allgemeinen (insbesondere Unterbringung, Behandlung und Beförderung von Kranken). 7. Heilmittelwesen. 8. Schiffs- und Tropenhygiene. 9. Veterinärwesen (einschliesslich Fleischbeschau).

Die Einberufung des Reichs-Gesundheitsraths in seiner Gesammtheit bedarf der vorgängigen Genehmigung des Staatssekretärs des Reichsamts des Innern. Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Ueber die Verhandlungen ist Verschwiegenheit zu beobachten.

Sachverständige bei den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung.

In § 8 des Gesetzes betreffend die Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes, des sog. Mantelgesetzes, ist vorgesehen, dass die Landes-Zentralbehörde Bestimmungen über die Wahl der ärztlichen Sachverständigen bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung treffe. Der preussische Handelsminister hat darüber durch Rundverfügung eine Anweisung ergehen lassen, aus der folgende Bestimmungen hervorzuheben sind: 1. Die Zahl der zu wählenden ärztlichen Sachverständigen, die bei den Verhandlungen des Schiedsgerichts über Streitigkeiten aus der Unfallversicherung zugezogen werden sollen, und die Grundsätze nach denen die Auswahl zu erfolgen hat, bestimmt der Vorsitzende nach Anhörung des stellvertretenden Vorsitzenden. 2. Bis zum 1. November jeden Jahres hat der Vorsitzende den Vorstand der Aerztekammer, in deren Bezirk das Schiedsgericht gelegen ist, um Bezeichnung von doppelt so vielen approbirten Aerzten, als zu wählen sind, zu ersuchen. 3. Die zu wählenden ärztlichen Sachverständigen müssen am Sitze des Schiedsgerichtes wohnen. Die Wahl von Aerzten, die in Vororten wohnen, ist zulässig, insofern dadurch höhere Kosten nicht entstehen. Werden an ausserhalb des Schiedsgerichts belegenen Orten regelmässig Verhandlungen abgehalten, so können auch an diesen Orten wohnende Aerzte gewählt werden. 4. Die Wahl der ärztlichen Sachverständigen

erfolgt durch das Schiedsgericht in der ersten Sitzung im Kalenderjahr. 5. Der Vorsitzende hat eine Vorschlagsliste aufzustellen, in der für jeden zu wählenden Sachverständigen die Namen von mindestens zwei approbirten Aerzten einzutragen sind. 6. Die Wahl erfolgt in nicht-öffentlicher Sitzung durch Stimmenmehrheit. 7. Das Schiedsgericht kann andere approbirte Aerzte, als in der Vorschlagsliste aufgeführt sind, wählen. Nicht wählbar sind Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten, der zugelassenen besonderen Kasseneinrichtungen, der Berufsgenossenschaften und der Ausführungsbehörden. Vertrauensärzte des Schiedsgerichts, die während des Kalenderjahres in ein Vertragsverhältniss zu einer Berufsgenossenschaft, Ausführungsbehörde, Landesversicherungsamt oder einer zugelassenen besonderen Kasseneinrichtung treten, scheiden aus. 8. Der Vorsitzende oder stellvertretende Vorsitzende ist berechtigt, in besonderen Fällen andere als die gewählten ärztlichen Sachverständigen zur Sitzung des Schiedsgerichts zuzuziehen. Sie sind ferner befugt, die ärztlichen Sachverständigen zu Verhandlungen des Schiedsgerichts über Streitigkeiten aus der Invalidenversicherung zuzuziehen; in solchen Fällen ist den Sachverständigen die Einsicht in die Akten der Landesversicherungsanstalt und des Schiedsgerichts zu gestatten. (Voss. Ztg.)

Vivisektion.

Im Herrenhause ist seitens des Herrn Frhr. von Maltzahn und Genossen unter dem 9. Januar die nachstehende Interpellation eingebracht worden:

„In wie weit hat die Königliche Staatsregierung bereits die Kontrolle über die Vivisektionen in dem Masse verschärft, dass die in der vorigen Tagung des Landtages zur Sprache gebrachten Vorgänge in Zukunft unmöglich gemacht sind?

Ist Bedacht genommen auf eine Kontrolle der Vivisektionen seitens der Thierschutzvereine und auf demnächstiges Verbot aller Vivisektionen?“

Es ist immer misslich, wenn Reformen auf einem nur für den auf der Höhe des Fachwissens Stehenden übersehbaren Gebiete von ganz Fernstehenden angebahnt werden. Kontrolle der Vivisektionen durch die Thierschutzvereine — was soll man sich dabei nur denken? Ganz zu schweigen von dem „Verbot aller Vivisektionen“, das einem Stillstand der physiologischen und eines grossen Theiles der pathologisch-anatomischen, bakteriologischen, pharmako- und toxikologischen Wissenschaft bedeutete.

Wozu also der Schlag ins Wasser?

Begleitpersonal bei Ueberführung weiblicher Kranken in Irrenanstalten.

Ueber das Begleitpersonal bei Ueberführung weiblicher Kranken in Irrenanstalten und Anstalten verwandter Art haben der Kultusminister und der Minister des Innern durch gemeinsamen Erlass Folgendes bestimmt: „Aus Anlass eines Einzelfalles nehmen wir Veranlassung, darauf hinzuweisen, dass es in der Regel zu vermeiden ist, bei der Ueberführung von weiblichen Kranken in eine Anstalt für Geisteskranke u. s. w. Personen männlichen Geschlechts zur Begleitung zuzulassen. Soweit es nicht die nächsten männlichen Angehörigen sind, erscheint eine solche Begleitung nur statthaft, wenn bei besonders schwierigen Fällen das Bedürfniss besteht, der weiblichen Begleitung der Kranken noch eine männliche Hilfe zuzuordnen.“

19. Kongress für innere Medizin.

Der 19. Congress für innere Medizin findet vom 16. bis 19. April 1901 in Berlin statt.

Präsident ist Herr Senator (Berlin).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag, den 16. April 1901. Herzmittel und Vasomotorenmittel. Referenten: Herr Gottlieb (Heidelberg) und Herr Sahli (Bern).

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag, den 18. April 1901. Die Entzündung des Rückenmarkes. Referenten: Herr v. Leyden (Berlin) und Herr Redlich (Wien).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Bier (Greifswald): — Auf Wunsch des Geschäftskomités —: Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken.
„ Smith (Schloss Marbach): Die Funktionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspunkte.
„ Schütz (Wiesbaden): Ueber die Hefen unseres Verdauungskanals.
„ J. Hofmann (Schloss Marbach): Ueber die objektiven Wirkungen unserer modernen Herzmittel auf die Herzfunktion.
„ Hirschberg (Frankfurt a. M.): Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose.
„ v. Strümpell (Erlangen): Ueber Myelitis.
„ Schott (Nauheim): Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten.
„ Strasburger (Bonn): Gährungsdyspepsie der Erwachsenen.
„ Hugo Wiener (Prag): Ueber synthetische Bildung der Harnsäure im Thierkörper.
„ Münzer (Prag): Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung.
„ Litten (Berlin): Thema vorbehalten.
„ Hermann Strauss (Berlin): Demonstration eines Präparates von „idiopathischer“ Oesophagus-Dilatation.
„ Martin Mendelsohn (Berlin): Ueber die Erholung des Herzens als Mass der Herzfunktion.

Theilnehmer für einen einzelnen Congress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mk. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 12 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Bekanntmachung.

Diejenigen Herren Aerzte, welche im vorigen Jahre Privatimpfungen vorgenommen, ihre Impflisten aber bis jetzt noch nicht eingereicht haben, werden hiermit unter Hinweis auf § 8 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 ersucht, dieselben nunmehr vollständig ausgefüllt, binnen 8 Tagen an das Büreau der Königl. Sanitäts-Kommission im Polizei-Präsidium Zimmer No. 267 einzureichen.

Bei Unterlassung der Einreichung gelangt die im § 15 desselben Gesetzes vorgesehene Geldstrafe bis zu 100 Mk. zur Festsetzung und Einziehung.

In Kolonne 8 der Impfliste ist, wenn die verwendete Lymphe aus Apotheken entnommen worden ist, anzugeben, woher die Apotheke ihre Lymphe bezieht.

Königl. Polizei-Präsidium, Sanitätskommission.
In Vertretung
gez. Friedheim.

Auf Ersuchen der Direktion der Kgl. Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen theilen wir mit, dass das in No. 23 S. 488 unseres vorigen Jahrganges wiedergegebene Gutachten über einen Fall von progressiver Paralyse als Unfallfolge nicht aus obenbezeichneter Anstalt stammt.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 84) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker, Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.
Dr. A. Leppmann, Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.
Dr. F. Leppmann, prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 4. Ausgegeben am 15. Februar.

Inhalt:

Ueber das psychische Aequivalent des postepileptischen Schlafes.

Von
Dr. I. Hermann,
Ober-Arzt des Irrenhauses des Gouvernements Orel.

Das Stadium nach dem Anfall kommt bei Epileptikern, ebenso wie die Aura und die Krämpfe selbst, in sehr verschiedener Form zum Ausdruck. Der häufigste und gewöhnliche Abschluss des epileptischen Anfalles ist der Schlaf. Die Kranken kommen nach dem Abklingen des Stadiums der Krämpfe nicht zum Bewusstsein, sondern verfallen in einen tiefen Schlaf, der bisweilen nur kurze Zeit, gewöhnlich jedoch einige Stunden anhält. Beim Erwachen befinden sich die Kranken meistentheils bei vollem Bewusstsein und sind vollständig orientirt. Durchaus nicht selten wird jedoch in dem dem epileptischen Anfalle folgenden Stadium eine seelische Störung von verschiedener Dauer beobachtet; dieselbe kann sowohl einige Stunden, wie auch einige Tage und selbst Wochen anhalten und entweder unmittelbar nach dem Anfalle oder nach Ablauf eines gewissen Zeitraumes eintreten. Das klinische Bild des postepileptischen Irreseins ist sehr verschieden: bisweilen ist die Psychose von stürmischem Charakter, indem sie von stark maniakalischer Aufregung, Zerstörungssucht und triebmässigen Handlungen begleitet wird; manchmal verläuft die Krankheit vollkommen ruhig. Der Kranke vollzieht zu dieser Zeit ziemlich komplizirte Handlungen, sein Gebahren hat bei äusserlicher Betrachtung den Anschein von Zweckmässigkeit; er unternimmt z. B. Reisen, erfüllt automatisch seinen üblichen Dienst u. s. w. Sobald aber der Krankheitszustand vorüber ist, vergisst der Kranke das Geschehene vollständig, oder er behält nur trübe einige Thatsachen aus dieser Periode in seinem Gedächtniss und zwar solche, die auf ihn einen mehr oder minder starken Eindruck gemacht und sich seinem Gedächtniss tiefer eingeprägt haben. Eine ausführliche Beschreibung des Krankheitszustandes der Epileptiker haben Krafft-Ebing und andere Forscher geliefert. Es kommt auch vor, dass Epileptiker unmittelbar nach dem Krampfstadium zum Bewusstsein kommen, solche Fälle sind aber verhältnissmässig selten.

Im Nachstehenden wollen wir eine eigenartige bei manchen Epileptikern vorkommende kurzdauernde psychische Störung beschreiben, die statt des postparoxysmalen Schlafes auftritt und 10—30 Minuten, seltener etwas länger anhält. Die

betreffenden Kranken schlafen nach dem Abklingen des Konvulsionsstadiums nicht ein, sondern verfallen gewissermassen in einen automatischen Zustand: sie verstehen die an sie gerichteten Fragen nicht, geben keine Antwort auf dieselben oder sagen etwas, was mit der gestellten Frage nichts zu thun hat; sie erkennen die Personen ihrer Umgebung nicht, vollziehen sinnlose, unmotivirte Handlungen. Das klinische Bild dieser rasch vorübergehenden psychischen Störung hat bei verschiedenen Individuen verschiedenen Charakter; dagegen wiederholt sie sich bei ein und demselben Kranken stets in typischer Weise. Der Abschluss dieses Krankheitszustandes tritt plötzlich und mit vollständiger Erinnerungslosigkeit ein. Bei manchen Kranken tritt der „transitorische postparoxysmale Automatismus" fast nach jedem Anfall auf, während er bei anderen Kranken abwechselnd mit postepileptischem Schlafe auftritt. Sobald der Krankheitszustand vorüber ist, setzen die Kranken die unterbrochene Beschäftigung gewöhnlich fort oder legen sich bisweilen hin und schlafen ein.

Von diesem kurzdauernden, den postepileptischen Schlaf ersetzenden Automatismus erwähnen manche Lehrbücher der Nervenkrankheiten und Psychiatrie überhaupt nichts, andere nur oberflächlich und unvollständig, ohne auf die charakteristischen Merkmale dieses Leidens hinzuweisen. So erwähnt Strümpell in seinem Lehrbuch von diesem Krankheitszustand überhaupt nichts. In der Psycho-Pathologie von Krafft-Ebing, im Lehrbuch der Geisteskrankheiten von Schüle haben wir gleichfalls von ihm nichts zu finden vermocht. Gowers und Kraepelin schildern in ihrem Lehrbuch in kurzen Worten die seelische Störung, die nach den epileptischen Anfällen auftritt und an das klinische Bild der von uns beobachteten Fälle erinnert; jedoch äussern sich diese Autoren darüber nicht, ob sie diese Psychose anstatt des postparoxysmalen Schlafes haben auftreten sehen; desgleichen wird nichts von der Dauer der Störung, der Gleichförmigkeit der Anfälle bei ein und demselben Kranken erwähnt. Nur Oppenheim weist in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten direkt auf das Vorkommen einer seelischen Störung bei Epileptikern hin, die den Schlaf nach dem Anfall ersetzt; jedoch äussert sich auch er über den erwähnten Krankheitszustand nur kurz, indem er nur die Thatsache feststellt, ohne ein vollständiges Bild des betreffenden Zustandes zu geben. Selbst in manchen Sonder-Arbeiten über die Seelenstörungen der Epileptiker wird von dem rasch vorübergehenden, den postparoxysmalen Schlaf ersetzenden Automatismus nichts erwähnt. So weist Feige in seinem Aufsatz: „Seelische Störungen der Epileptiker" darauf hin, dass die vor dem Anfall auftretenden Störungen häufig einige Sekunden, seltener einige Stunden oder Tage anhalten, während die Störungen nach dem Anfall viele Tage bestehen bleiben. Kirn spricht in seinem Aufsatz „Die epileptischen Geisteszustände in Bezug auf die Strafrechtspflege" von länger anhaltenden postparoxysmalen Störungen. Aber weder der eine, noch der andere Autor sagt etwas über den kurzdauernden Automatismus, der bei Epileptikern als Ersatz des postepileptischen Schlafes auftritt. Was Wildermuth betrifft, so führt er zwar in seiner Arbeit „Die epileptischen Geistesstörungen in Bezug auf die Strafrechtspflege" einige Merkmale an, die für den von uns beobachteten Krankheitszustand charakteristisch sind, und zwar die Gleichförmigkeit des Krankheitszustandes, die plötzliche Wiederkehr des normalen Geisteslebens; jedoch spricht dieser Autor zu gleicher Zeit von kurzdauernden und langdauernden paroxysmalen Störungen und hebt nicht hervor, dass die fragliche Verwirrtheit bei manchen Epileptikern fast jedesmal auftritt, sobald sie nach dem Abklingen des Krampfzustandes nicht in Schlaf verfallen.

Im Nachstehenden werden wir fünf Fälle von Epilepsie mit kurzem, den postepileptischen Schlaf ersetzendem Automatismus beschreiben und dabei einige allgemeine Merkmale, die für diesen Krankheitszustand charakteristisch sind, hervorzuheben suchen.

1. Fall. Akim L., 41 Jahre alt. An epileptischen Anfällen leidet der Kranke seit seinem 25. Lebensjahre, im Krankenhause ist er seit 1894. Die Anfälle tragen einerseits den Charakter von grand mal, andererseits kommen bei ihm auch Anfälle von epileptischem Schwindel vor. Nach dem Anfalle schläft er selten ein, sondern erhebt sich gewöhnlich, beginnt rasch im Zimmer herumzulaufen, reibt sich das Gesicht und den Kopf mit beiden Händen, als ob er sich wüsche, antwortet selten auf die an ihn gerichteten Fragen, blickt den Fragenden mit irrendem Blick an und nimmt sein Marschiren im Krankensaal wieder auf. Sein Bewusstsein ist vollständig getrübt, er erkennt die Personen der Umgebung nicht. Einige Male hat er in einem solchen postparoxysmalen bewusstlosen Zustande im Krankensaal auf den Fussboden Urin gelassen trotz der Anwesenheit der Aufseherin und mehrerer Wärter. Bisweilen tritt bei ihm während dieses Krankheitszustandes starkes Zittern auf. Der Geschmackssinn des Pat. ist erloschen; er vermag selbst stärkste Chininlösungen nicht zu schmecken und trinkt solche, ohne mit der Wimper zu zucken. Dieser Zustand hält gewöhnlich 10 bis 20 Minuten an und schliesst mit vollständiger Erinnerungslosigkeit. Wie häufig bei dem Kranken der Schlaf nach dem Anfall durch rasch vorübergehende Verirrtheit ersetzt wird, ist aus folgenden Daten zu ersehen: Innerhalb des letzten Jahres, d. h. seitdem man den geschilderten Krankheitszustand bemerkt hatte, wurden bei dem Kranken 32 Anfälle gezählt, von denen 25 (21 grand mal und 4 Vertigo epileptica) mit transitorischer Seelenstörung von oben geschildertem Charakter und 6 mit postepileptischem Schlaf abgeschlossen haben, während nach einem Anfall unmittelbare vollständige Erholung eingetreten ist. Auffallende Entartungszeichen zeigt der Kranke nicht. Ueber seine Erblichkeitsverhältnisse konnte nichts festgestellt werden.

2. Fall. Iwan Ch. wurde in das Krankenhaus im Jahre 1885 aufgenommen. Vorgeschichte fehlt vollkommen. Die physikalische Untersuchung ergab unregelmässigen Bau des Schädels: die Stirn niedrig, der rechte Jochbogen bedeutend höher als der linke, die Nase nach links abweichend, Ohrläppchen angewachsen. Auf der Regenbogenhaut befinden sich grosse Pigmentflecke; harter Gaumen pfeilförmig, Naht stark hervorragend. In den Muskeln des Gesichts und der Zunge besteht ziemlich bedeutendes Zittern. Nach den Anfällen tritt bei dem Kranken, allerdings nur in seltenen Fällen, Zittern im ganzen Körper auf; beim Versuch, das Fussohlenphänomen hervorzurufen, stellen sich aber Krämpfe in den unteren Extremitäten ein, die an spinale Epilepsie erinnern. Kniereflexe sehr gesteigert. Die Anfälle wiederholen sich häufig und tragen den Charakter von echter Epilepsie. Nach dem Abklingen des epileptischen Anfalls schläft der Kranke häufig nicht ein, sondern erhebt sich, schreitet schweigend im Krankensaale umher, wobei das rechte Auge geschlossen, das linke nach oben gerichtet ist; er ergreift Gegenstände, die ihm in den Weg kommen, fegt sie ab, bläst etwas von diesen Gegenständen sowohl, wie auch von den Wänden des Krankensaales ab, macht mit den Händen Bewegungen, als ob er etwas fangen wollte, drückt auf etwas, schüttelt von seinen eignen Kleidern oder von den Kleidern der sich ihm nähernden Kranken etwas ab. Auf die Frage, wozu er das alles thut, antwortet der Patient, dass alles voll Spinnen, Schwaben, Spinngewebe, Würmer, kleinen Köpfchen und ekel-

haftem Zeug ist. Von seinen Kissen nimmt er die Bezüge ab, von sich selbst die Wäche, Schuhe und reinigt sie sorgfältig. Dasselbe macht er mit seinem gesammten Bettzeug. Während dieses Zustandes glaubt er auch in seiner Nahrung Spinnen und Würmer zu sehen, so dass er die Nahrung hartnäckig verweigert und behauptet, dass dieselbe schwarz sei, vom Teufel herrühre, voll Spinnen sei; „mag es der Teufel essen", sagt er, verlässt den Tisch und fährt fort, die umgebenden Gegenstände, die Kranken seiner Nachbarschaft, sowie die Wände des Krankensaales von den „Thieren" zu säubern. Der automatische Zustand hält bei dem Kranken gewöhnlich eine viertel Stunde an. Das Bewusstsein ist zu dieser Zeit getrübt, die Handlungen sinnlos. Einmal hat er ein Stück Brod mit Schnupftabak bestreut und Brod sammt Schnupftabak verzehrt; ein anderes Mal wollte er seine Jacke statt Hosen auf die Beine oder beide Schuhe auf einen Fuss anziehen. Was die Häufigkeit dieser postparoxysmalen Störung betrifft, so tritt sie fast ebenso häufig wie postepileptischer Schlaf auf. — Der Kranke verstarb plötzlich während eines Anfalles. Die Sektion ergab einen Bluterguss in beiden hinteren Grosshirnlappen.

3. Fall. Der 32jährige Nikolai P. befindet sich im Krankenhause seit 1896. Er leidet an Anfällen gemischten Charakters. Gewöhnlich läuft bei ihm der epileptische Anfall in einen tiefen Schlaf aus; es kommt aber auch vor, dass der Patient nach dem Abklingen des Krampfstadiums nicht einschläft, sondern eine Zeit lang in bewusstlosem Zustande verbleibt und planlos durch die Krankensäle irrt. Wohl nimmt er Empfindungen auf, er vermag aber nicht, dieselben zu beurtheilen und entsprechend zu bewerthen. Er sieht z. B. ihm gut bekannte Personen aus der Umgebung; er erkennt sie aber nicht, verwechselt sie unter einander und bisweilen unterscheidet er auch Männer von Frauen nicht. Auf Fragen reagirt er sehr langsam. Der Geschmackssinn ist bedeutend abgestumpft. Dieser postepileptische bewusstlose Zustand hält eine viertel bis eine halbe Stunde an und schliesst plötzlich mit vollständiger Erinnerungslosigkeit ab. Wenn aber der epileptische Anfall mit einem postepileptischen Schlaf abschliesst, so tritt der geschilderte automatische Zustand bei dem Kranken nie auf. Innerhalb des 3jährigen Aufenthalt des Kranken im Krankenhause wurde 2mal eine länger dauernde seelische Störung beobachtet, die einige Tage anhielt und mit Vermehrung und Steigerung der epileptischen Anfälle zusammenfiel. Beide Male verlief die Störung vollkommen ruhig, unbemerkbar, ohne irgendwelche gewaltthätigen oder triebmässigen Handlungen. Die Wiederherstellung des normalen Geisteslebens vollzog sich allmählich. In den letzten Tagen der Krankheit wechselten Erwachen und vollständige Trübung des Bewusstseins mit einander ab. Der kurzdauernde postparoxysmale Automatismus wurde bei dem Kranken häufiger nach grösseren, als nach kleineren epileptischen Anfällen beobachtet.

4. Fall. Maxim F., 30 Jahre alt. Er wurde bereits 2mal in das Krankenhaus aufgenommen, beide Male im Zustande von postepileptischer Seelenstörung tobsüchtigen Charakters. Der Kranke stammt aus einer Familie, von der viele Mitglieder an Alkoholismus leiden. Auffallende Entartungszeichen weist er nicht auf. Er leidet an epileptischen Anfällen seit seinem 12. Lebensjahre, die Anfälle hatten grösstentheils den Charakter von echter Epilepsie; bisweilen wurden auch Anfälle von epileptischem Schwindel beobachtet. Der Kranke giebt an, vor dem Anfalle eine Art Bewegung im Unterleib zu verspüren (Aura). Die Anfälle treten nicht besonders häufig auf, und zwar nur in Zwischenpausen von 2—5 Monaten. Schliesst das Krampfstadium mit Schlaf ab, so erwacht der Patient bei vollem Bewusstsein. Meistentheils aber erhebt er sich nach dem Aufhören der Krämpfe und verbleibt 10—15 Minuten lang im bewusstlosen Zustande. Seine Handlungen sind zu dieser Zeit sinnlos, unmotivirt; er irrt planlos im Krankensaale umher, stösst die Kranken der Nachbarschaft und beantwortet nicht die an ihn gerichteten Fragen. Er macht sich viel an seinem Bette zu schaffen, besonders mit der Decke, die er zusammenlegt und um seine Beine schlägt; er zieht das Hemd aus, lässt seine Beinkleider fallen, klettert auf das Bett und tappt an der Wand, als ob er etwas suchte. Zweimal wäre er während des postparoxysmalen automatischen Zustandes beinahe aus dem Fenster der 2. Etage gesprungen, da er das Fenster anscheinend für die Thür hielt. Er sprang rasch und plötzlich auf das Fensterbrett, beugte sich nach vorn, wurde aber noch rechtzeitig ergriffen. Der Kranke behält keine Erinnerung daran, was er im Zustande des postparoxysmalen Automatismus gethan hat. In gesunden Tagen ist der Patient höflich, liebenswürdig, schüchtern. Sein Verstand ist ziemlich gut erhalten, so dass seine Handlungen vollkommen normal sind und nichts auffallendes an sich haben; den übrigen Kranken gegenüber verhält er sich stets theilnahmsvoll.

5. Fall. Der jetzt 32 Jahre alte Michael K. wurde in das Krankenhaus im Jahre 1897 aufgenommen. Aus der Anamnese ergiebt sich, dass er an epileptischen Anfällen seit seinem 14. Lebensjahre leidet und in der Kindheit auch an eklamptischen Anfällen gelitten hatte. Der Patient behauptet, unmittelbar vor dem Anfalle in den Augen eine Empfindung zu haben, die an das Aufleuchten eines Blitzes erinnert (Aura). Der Kranke wurde früher zu Hause behandelt, aber dem Krankenhause überwiesen, als er begann, nach den epileptischen Anfällen Neigung zu Tobsucht zu zeigen. — Er stammt aus einer entarteten Familie. Sein Vater, starker Trinker, starb an Krebs; einer seiner Onkel leidet an chronischem Alkoholismus; sein jüngerer Bruder leidet gleichfalls an nicht näher zu bestimmenden nervösen Anfällen. Von mütterlicher Seite kann man Alkoholismus, grosse Fruchtbarkeit und grosse Kindersterblichkeit notiren. Die Mutter des Kranken hatte 12 Geschwister, von denen 9 starben; einer seiner Onkel hatte 16 Kinder, von denen 15 im Säuglingsalter starben; eine seiner Tanten hatte 10 Kinder, von denen nur zwei am Leben sind. Der Kranke selbst hat auffallende Entartungszeichen: sein Gesicht ist unebenmässig, die linke Stirnwölbung ragt bedeutend mehr als die rechte hervor; die Ohren sind unregelmässig geformt, der Antihelix ist besonders hervorragend. Kniereflexe gesteigert, Pupillen gleichmässig, Reaktion auf Licht und Akkommodation vorhanden. Gemüthsstimmung etwas gedrückt. Der Kranke ist sehr selbstsüchtig. Die epileptischen Anfälle treten bei ihm sehr häufig auf, und zwar bald in Form von grand mal und begleitet von Krämpfen, bald in Form von petit mal, das nur in vorübergehendem Verlust des Bewusstseins zum Ausdruck kommt. Die Anfälle treten bei dem Patienten gewöhnlich reihenweise auf, d. h. sie wiederholen sich innerhalb einiger Tage hinter einander häufig, während später eine mehr oder minder lange Pause eintritt. Gemüthserregungen steigern die Krankheit. Nach dem epileptischen Anfalle schläft der Patient selten ein, vielmehr geht der Anfall in einen kurzdauernden automatischen Zustand über. Am häufigsten äussert sich dieses krankhafte postparoxysmale Stadium dadurch, dass der Kranke sich erhebt und zu spielen beginnt: Er beginnt einen Ringkampf mit den nebenstehenden Personen, sucht seinen Gegner zu Boden zu werfen, wobei auf seinem Gesicht jedoch ein gemüthliches Lächeln spielt. Versucht man aber, ihn festzuhalten, so macht er die grössten Anstrengungen, um sich loszureissen, und

beisst sogar auf die Personen, die ihn festhalten, los. Das Bewusstsein ist vollständig getrübt, der Patient erkennt die Personen der Umgebung nicht. Der Geschmackssinn ist abgestumpft, so dass der Patient selbst eine konzentrirte Chininlösung (2%) nicht zu schmecken vermag. Der bewusstlose paroxysmale Zustand hält gewöhnlich 10—30 Minuten an und schliesst plötzlich bei vollständiger Amnesie ab. Wie sinnlos, unmotivirt und bisweilen auch gefährlich die Handlungen des Patienten zu dieser Zeit sind, ist aus folgenden Thatsachen zu ersehen: Einmal begann er im Zustande des postparoxysmalen Automatismus am Rocke des Wärters zu kauen; ein anderes Mal ergriff er einen anderen Kranken am Bein und suchte ihn aus dem Bette herauszuziehen. Ein drittes Mal zog er Hemd und Hosen aus und lief halbnackt im Krankensaale umher. Einmal bekam er einen Anfall, als er gerade Dung abfuhr; im Zustande des postepileptischen Automatismus begann er den Dung zu essen und dann damit auf die Vorübergehenden zu schleudern. Einmal überfiel er in diesem krankhaften Zustande einen Wärter und begann ihn zu würgen. Der Wärter rettete sich mit knapper Noth mit Hilfe eines hinzugeeilten Kollegen. Ein anderes Mal ergriff er eine Bank und stürzte, dieselbe hoch in die Luft schwingend, auf die nebenstehenden Personen. An alle seine Handlungen während dieses krankhaften Zustandes vermag sich der Patient nicht mehr zu erinnern, wundert sich und glaubt nicht, wenn man ihm davon erzählt. In sehr seltenen Fällen kommt der Patient unmittelbar nach dem Anfalle zu sich und setzt die unterbrochene Beschäftigung fort. Der oben geschilderte rasch vorübergehende bewusstlose Zustand wird bei dem Patienten sowohl nach Anfällen von grand mal, wie auch nach solchen von petit mal, jedoch häufiger nach den ersteren beobachtet. In gesunden Tagen ist der Patient sehr gutmüthig, höflich, willig, verträglich; er arbeitet gern, ist fleissig und vernünftig. Die Anfälle machen auf ihn einen deprimirenden Eindruck, besonders wenn sie sich häufig zu wiederholen beginnen. Er ist zu dieser Zeit sehr traurig und klagt über sein Loos. — Die Handlungen des Patienten im postparoxysmalen Zustande werden wahrscheinlich durch irgend welche Sinnestäuschungen hervorgerufen, von denen Spuren bisweilen auch nach Ablauf des automatischen Zustandes zurückbleiben. So hat der Kranke einmal nach einem solchen Anfalle berichtet, dass vor kurzem hier der Arzt und der Geistliche gewesen seien, dass der letztere ihm das heilige Mahl verabreicht habe und dass ihm etwas ungewöhnliches passirt sei. Ein anderes Mal, es war am 14. Februar, begann der Patient nach einem solchen automatischen Zustande zu versichern, es sei an diesem Tage das Weihnachtsfest und am Weihnachtsbaum seien viele Personen versammelt gewesen.

Ausser kurzdauernder Trübung des Bewusstseins, die den postparoxysmalen Schlaf ersetzte, wurde bei dem Kranken zweimal eine längere psychische Störung beobachtet. Das erste Mal verfiel der Patient nach einer ganzen Reihe rasch aufeinander folgender Anfälle in einen Zustand höchster Glückseligkeit. Seine Gemüthsstimmung war gehoben und freudig; er versicherte, dass in seinem Innern sich etwas wundervolles abspiele; er fühle, wie das Wunder sich ihm nähere und seinen ganzen Körper mit Wonne erfülle. Sein Gesicht strahlte vor Freude. An jeden trat der Patient heran und einem jeden erzählte er von seiner Glückseligkeit. Diese fröhliche Gemüthsstimmung, die von körperlicher Unruhe begleitet war, wurde bald durch eine stillere Gemüthsstimmung ersetzt; der Patient sass tiefsinnig und schweigend auf einer Stelle. Bald aber strahlte wieder sein Gesicht vor Freude, er begann wieder überirdische Glückseligkeit zu empfinden; er sang, lief im Zimmer umher, zog sich aus; die umgebenden Personen erkannte er nicht. Dieser krankhafte Zustand hielt 24 Stunden an und schloss mit vollständiger Amnesie ab. — Das zweite Mal hielt die postepileptische Seelenstörung eine weit längere Zeit, und zwar 10 Tage an. Am ersten Tage erinnerte das Krankheitsbild an das soeben geschilderte: der Patient fühlte sich ungewöhnlich glücklich, sein Gesicht strahlte vor Freude. Dabei wurde starke körperliche Unruhe beobachtet; der Patient lief, nur mit dem Hemd bekleidet, im Krankensaale umher, tanzte, lachte und redete unaufhörlich. Er schlief die ganze Nacht nicht. Am folgenden Tage fand wieder ein epileptischer Anfall statt, wonach sich das Bild der Geistesstörung änderte: der Patient wurde theilnahmslos, lag immerfort, verweigerte die Nahrung, so dass er mit Gewalt gefüttert werden musste. Er zeigte keine Spur von Orientirungsvermögen sowohl in Bezug auf Ort, wie auch in Bezug auf Zeit. Er bekam den Besuch seiner Mutter und seines Neffen. Letzteren erkannte er nicht und unterhielt sich mit ihm garnicht. Der Geschmackssinn war so abgestumpft, dass der Patient konzentrirte Chinin- besw. Zuckerlösungen nicht zu schmecken vermochte. Der Gang war schwankend. — Das Bewusstsein kehrte nicht plötzlich, sondern allmählich im Verlaufe der letzten Tage seiner Krankheit zurück. Aus der ganzen Periode seiner Krankheit behielt der Patient eine schwache Erinnerung an den Besuch seiner Mutter zurück. Alles übrige war aus seinem Gedächtnis spurlos verschwunden.

* * *

Aus den oben angeführten Krankengeschichten geht hervor, dass bei jedem der Kranken unmittelbar nach dem Abklingen des Krampfstadiums postepileptischer Schlaf oder rasch vorübergehender Automatismus oder in seltenen Fällen sofort Wiederherstellung der normalen Seelenthätigkeit beobachtet wird. Während der epileptische Anfall bei einer Anzahl von Kranken in der Weise abschliesst, dass der Patient in Schlaf verfällt, wird bei anderen Kranken vornehmlich eine kurzdauernde psychische Störung beobachtet, die sich unmittelbar nach dem Konvulsionsstadium einstellt. So wird z. B. bei dem Patienten P. der automatische postparoxysmale Zustand sehr selten angetroffen, und zwar wird nach je 10—12 Anfällen, die in Schlaf übergehen, einmal eine transitorische Seelenstörung als Aequivalent des Schlafes beobachtet. Häufiger wird dieser krankhafte Zustand bei dem Patienten Maxim F. beobachtet, wenngleich auch bei diesem Patienten der epileptische Anfall meistentheils in Schlaf übergeht. Bei dem Patienten Michael K. schlossen 79 von 118 innerhalb eines Jahres aufgetretenen Anfällen mit transitorischem Automatismus ab. Bei den übrigen Personen wurde der postepileptische Schlaf noch seltener beobachtet, und der epileptische Anfall schloss mit kurzdauernder psychischer Störung ab. Eine charakteristische Eigenthümlichkeit des automatischen postparoxysmalen Zustandes ist seine kurze Dauer und der unmittelbare Uebergang des epileptischen Anfalles in den Zustand des Automatismus. Die durchschnittliche Dauer dieses Zustandes beträgt 10—15 Minuten. Er trat bei dem Kranken nur dann auf, wenn sie nach dem epileptischen Anfalle nicht einschliefen, und zwar unmittelbar nach dem Aufhören des Konvulsionsstadiums. Schloss aber der epileptische Anfall mit Schlaf ab, so erwachten die Kranken bei vollem Bewusstsein und äusserten keine der oben geschilderten abnormen Erscheinungen. Letzterer Umstand führt direkt zu der Annahme, dass der kurzdauernde Automatismus bei diesen Kranken als Ersatz des postepileptischen Schlafes auftritt. Die transitorische Geistesstörung wurde bei den Patienten sowohl nach

Anfällen von grand mal, wie auch nach solchen von petit mal beobachtet, jedoch häufiger nach langdauernden und intensiven Anfällen. In dieser Beziehung stimmen meine Beobachtungen mit denen der anderen Autoren nicht überein. Esquirol und Marel nehmen an, dass der automatische Zustand bei Epileptikern nur nach Anfällen von petit mal beobachtet wird. Gowers und Kowalewski beobachteten den automatischen Zustand auch nach Anfällen von grand mal, jedoch häufiger nach solchen von petit mal. Diese Widersprüche sind event. dadurch zu erklären, dass die oben erwähnten Autoren vom Automatismus in weitestem Sinne des Wortes sprechen, d. h. von einer psychischen Störung, die bei den Kranken auf epileptischer Basis zu Stande kommt und sowohl vor, wie auch nach den epileptischen Anfällen, wie auch schliesslich anstatt derselben auftritt. Im Vorstehenden ist aber nur von der kurzdauernden psychischen Störung die Rede, die bei Epileptikern anstatt des postparoxysmalen Schlafes auftritt. Bei zwei unserer Kranken haben wir auch eine länger dauernde psychische Störung beobachtet, die bei einem sogar 10 Tage angehalten hat. Dieser epileptische Zustand kongruirte jedesmal bei den Patienten mit qualitativer Steigerung und quantitativer Vermehrung der epileptischen Anfälle; er stand also nicht mit einem Insult in Zusammenhang, sondern trat als Folge einer ganzen Reihe von Insulten auf. Die Kranken schliefen zwar nach dem Anfalle ein, jedoch schien der Schlaf nicht vermocht zu haben, die normale Seelenthätigkeit der Kranken herzustellen. Der epileptische Zustand schloss bei den Kranken nicht plötzlich, sondern langsam ab, d. h. es wurde bei ihnen vor endgiltiger Wiederherstellung der normalen psychischen Funktionen eine Periode mangelhaften Bewusstseins und unvollständigen Orientirungsvermögens beobachtet, so dass diese länger dauernde psychische Störung als ein psychisches Aequivalent des postepileptischen Schlafes nicht angesehen werden kann.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal des kurzdauernden Automatismus ist seine Stereotypität, d. h. die Wiederholung des äusserlichen Hervortretens des postparoxysmalen Schwächezustandes bei ein und demselben Patienten in typischer Weise. So äussert sich die psychische Störung z. B. bei dem Patienten Ch. dadurch, dass er stets und überall Spinnen, Würmer etc. sieht und von diesen die Gegenstände und Personen der Umgebung zu säubern sucht. Ein anderer Kranker macht im Zustande des postepileptischen Automatismus immer dieselben Ueberfälle auf die Personen der Umgebung. Wahrscheinlich werden die Handlungen der Kranken stets durch gleiche Sinnestäuschungen hervorgerufen. Aeussere Eindrücke werden von den Kranken schwer aufgenommen, und es entsteht bei ihnen eine Menge irrthümlicher und falscher Empfindungen und Sinnestäuschungen. Im Beginn des postepileptischen Automatismus reagiren die Patienten Michael K., Maxim F. und Akim L. auf Fragen überhaupt nicht, sehen den Fragenden theilnahmslos an, und man merkt es deutlich, dass die an sie gerichteten Worte nicht zu ihrem Bewusstsein gelangen. Nach kurzer Zeit beginnen sie zu begreifen, sie vermögen wohl die Unterhaltungssprache zu erfassen. deren Sinn aber noch nicht. Letzteres folgt daraus, dass die Kranken immerzu die Frage wiederholen „was sagen Sie?“ Erst wenn der automatische Zustand seinem Ende naht, beginnen die Kranken die Fragen zu erfassen und zu beantworten. Dieser Zustand erinnert in hohem Masse an rasch vorübergehende psychische Taubheit. Dieselben Beobachtungen hinsichtlich des Vorkommens von psychischer Taubheit bei Epileptikern im postepileptischen Stadium machte auch Pick. Er erklärte das Fehlen des Verständnisses für Worte im ersten Stadium des Automatismus durch Erschöpfung des akustischen Zentrums, im zweiten Stadium dadurch, dass der Weg zu dem Gehör- und Begriffszentrum noch nicht wiederhergestellt ist. Andere Kranke verstehen wohl während des postepileptischen krankhaften Stadiums die Anrede, jedoch sind ihre Antworten sinnlos: es fehlen eben das Bewusstsein und das Orientirungsvermögen. Unzweckmässige, sinnlose Handlungen mancher Patienten geben Anlass zur Annahme eines krankhaften Zustandes, der an psychische Blindheit erinnert. Der eine Patient ass während des postparoxysmalen Automatismus Dung, der andere streute sich auf das Brot Schnupftabak und suchte seine Jacke auf die Beine anzuziehen, der dritte wollte zweimal zum Fenster der zweiten Etage hinausspringen, indem er allem Anscheine nach das Fenster für die Thür hielt. Der vierte urinirte im Krankensaale trotz der Anwesenheit der Aufseherin und anderer Personen, indem er wahrscheinlich den Krankensaal für den Abtritt hielt. Das bringt auf den Gedanken, dass die Kranken die Gegenstände wohl sehen, deren Gebrauchsanwendung jedoch nicht verstehen. Uebrigens kann man diese bewustlosen Handlungen der Kranken auch durch deren allgemeine Verwirrtheit erklären. — Der Uebergang des bewusstlosen Zustandes zur normalen psychischen Thätigkeit vollzieht sich bei den Kranken plötzlich ohne irgend welche Zwischenstadien, wobei bei den Kranken keine Erinnerung an die Begebnisse der Krankheitsperiode zurückbleibt. Während noch vor einigen Augenblicken die Handlungen der Kranken sinnlos, unlogisch und unkonsequent waren, beginnen die Kranken plötzlich auf Fragen zu antworten, die umgebenden Personen zu erkennen; kurz, es kehrt der frühere normale Zustand wieder zurück. Kranke, bei denen die intellektuellen Fähigkeiten noch nicht besonders stark gelitten haben, sind äusserst verwundert, wenn sie von ihren im Zustande des postepileptischen Automatismus vollzogenen Handlungen erfahren. Zur Zeit des Automatismus wurde bei den Kranken der Geschmackssinn geprüft, wozu eine konzentrirte Chininlösung gebraucht wurde, als ein Mittel, das eine intensive Geschmacksempfindung hervorruft. Bei zweien Kranken fand sich nun eine vollständige Anästhesie des Geschmackssinns, bei einer starken Abstumpfung desselben, während zwei Kranke das Schmecken der Flüssigkeit verweigerten. Bei allen diesen Personen besteht in gesunden Tagen nur eine Abstumpfung des Geschmackssinns. Bezüglich des Zustandes der Sensibilität bei Epileptikern giebt es eine ziemlich grosse Anzahl von Arbeiten. Prof. Kowalewski beobachtete bedeutende Abstumpfung des Ortssinnes nach Anfällen von psychischer Epilepsie. Landhoff beobachtete im postepileptischen Zustande Anästhesie der Hautnerven. Thomsen und Oppenheim beobachteten vorübergehende Anästhesie der Hautnerven nach dem Aquivalent und nach den abortiven Fällen von Epilepsie. Agostini beobachtete Verringerung des Ortssinnes, der taktilen Sensibilität. des Geschmacks- und Geruchssinnes bei den Epileptikern, namentlich nach den Anfällen. Ausser vorübergehender haben viele der genannten Autoren auch bleibende Störung sämmtlicher Sensibilitätsarten bei mit Epilepsie behafteten Personen gesehen. Dr. Oseretzkowski weist gleichfalls auf das Vorkommen von dauernder und vorübergehender Störung der allgemeinen und der besonderen Sensibilität bei Epileptikern hin. Auch wir haben bei der Untersuchung des Geschmackssinnes bei Epileptikern eine stationäre Herabsetzung desselben in gesunden Tagen, eine vorübergehende Störung desselben beim psychischen Aequivalent und Anästhesie zur Zeit des transitorischen Automatismus gesehen.

Folgende Eigenthümlichkeiten charakterisiren also das oben geschilderte bei Epileptikern vorkommende Leiden:

1. Die kurze Dauer des automatischen Zustandes.

2. Das Auftreten desselben unmittelbar nach dem Krampfstadium anstatt des Schlafes.

3. Die Stereotypie der psychischen Störung.

4. Der plötzliche Uebergang des bewusstlosen Zustandes zur normalen Seelenthätigkeit bei vollständiger Amnesie.

5. Die starke Verwirrtheit.

6. Das wiederholte Vorkommen des krankhaften Zustandes bei manchen Epileptikern.

* * *

Der kurzdauernde postparoxysmale Automatismus hat, vom wissenschaftlichen Interesse abgesehen, eine sehr wichtige gerichtlich-medizinische Bedeutung. Epileptiker können zur Zeit der vorübergehenden Trübung des Bewusstseins verschiedene Verbrechen begehen. Die Seelenstörung der Kranken kann infolge ihrer kurzen Dauer von der Umgebung unbemerkt bleiben, so dass der krankhafte Zustand, in dem sich der Patient zur Zeit der Begehung der That befand, übersehen werden kann. Die Betheuerung der Unschuld von Seiten des Patienten kann von den Richtern event. als Verstocktheit aufgefasst werden und zu einem Justizirrthum führen, d. h. zur Verurtheilung eines Menschen, der thatsächlich von dem begangenen Verbrechen keine Ahnung hat, da er dasselbe in bewusstlosem Zustande beging. Ganz besonders ist die Möglichkeit eines solchen Irrthums nach Anfällen von petit mal gegeben, die von der Umgebung leicht übersehen werden können, namentlich wenn die intellektuellen Fähigkeiten des Angeklagten wenig gelitten haben und das Verbrechen den Anschein von Ueberlegung und Zweckmässigkeit trägt. Man müsste bei Beurtheilung der von Epileptikern begangenen Verbrechen stets an das psychische Aequivalent des postparoxysmalen Schlafes denken und innerhalb eines mehr oder minder längeren Zeitraumes beobachten, wie bei dem betreffenden Epileptiker der epileptische Anfall abschliesst: es ist nämlich der transitorische, den postepileptischen Schlaf ersetzende postparoxysmale Automatismus durchaus keine seltene Erscheinung. Die Zweckmässigkeit der im Zustande des Automatismus vollzogenen Handlungen kann keineswegs als Beweis dafür gelten, dass dieselben zum Bewusstsein gelangt sind.

Litteratur.

1. Prof. B. K. Gowers: Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems (Epilepsie).

2. Prof. E. Kraepelin: Psychiatrie (epileptisches Irresein).

3. Prof. H. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten (Epilepsie).

4. Dr. Feige: Die Geistesstörungen der Epileptiker. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1895).

5. Prof. Kirn: Die epileptischen Geisteszustände in Bezug auf die Strafrechtspflege. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.)

6. Dr. Wildermuth: Die epileptische Geistesstörung in Bezug auf die Strafrechtspflege. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.)

7. Prof. Kowalewski: Gerichtliche und allgemeine Psychopathologie. (Archiv für Psychiatrie 1896.)

8. Prof. Pick: Ueber die sogenannte Re-Evolution nach epileptischen Anfällen nebst Bemerkungen über transitorische Worttaubheit. (Archiv für Psychiatrie XXII).

9. Dr. Oseretzkowski: Ueber Störungen der allgemeinen und speciellen Sensibilität bei Epileptikern. (Medicinskoe Obosrenie 1896, H. 9).

Ohrenhygiene beim Haareschneiden.

Von

Stabsarzt Dr. Richard Müller-Berlin.

Drei Fälle von diffuser phlegmonöser Entzündung der Haut des äusseren Gehörgangs, die ich im vergangenen Jahr in verhältnissmässig kurzer Aufeinanderfolge, aber ganz unabhängig von einander, in Behandlung bekam, geben mir Anlass zu folgender kurzen Mittheilung. In Bezug auf Verlauf und Therapie boten die Fälle nichts Bemerkenswerthes, wohl aber nach der ätiologischen und prophylaktischen Seite hin.

Die Leute — es handelte sich um Soldaten verschiedener Truppentheile — hatten sich die Haare schneiden lassen. Darnach verspürten sie Jucken in den Ohren, der eine unmittelbar darnach, die beiden anderen am nächsten Morgen beim Waschen. Zweifellos war die Ursache des Juckens in kleinen Haartheilchen zu suchen, die den Leuten beim Haareschneiden in die Concha und in den äusseren Gehörgang gelangt waren, denn alle drei berichteten übereinstimmend, dass sie beim Bohren mit dem Finger immer und immer wieder kleine Haarschnitzel aus dem Ohre entfernen konnten. Das Jucken dauerte bei dem einen mehrere Stunden, bei den beiden anderen hielt es den ganzen Tag an. Zur Beseitigung des lästigen Juckgefühls bohrten sie, wie schon erwähnt, mit dem Zeigefinger in den Ohren herum. Dass die Finger bei einem Soldaten nicht immer tadellos rein und aseptisch sein können, bringt der militärische Dienst unvermeidlicher Weise mit sich; ausserdem ist es ebensogut möglich, dass Infektionskeime sich in der Concha und im äusseren Gehörgang befanden — kurz, alle drei bemerkten, dass sich in je einem Ohre das Gefühl des Vollseins und eine gewisse Schwerhörigkeit auf diesem Ohre, verbunden mit spannendem und schmerzhaftem Gefühl, besonders bei Druck auf den Tragus und auf die Ohrmuschel von hinten her, einstellte. Der eine kam dann zwei Tage, der andere drei Tage und der andere fünf Tage nach dem Haareschneiden in meine Behandlung. Die Ursache der von mir bei jedem von ihnen festgestellten einseitigen diffusen Entzündung der Haut des äusseren Gehörgangs kann nach Vorstehendem nicht zweifelhaft sein; die Leute hatten sich eben den äusseren Gehörgang an irgend einer Stelle wund gebohrt und damit den Infektionskeimen eine Eingangspforte geschaffen.

Ich kann mich weiterer Ausführungen enthalten und möchte nur hervorheben, dass es sich im Hinblick auf diese Fälle vielleicht empfehlen dürfte, beim Haareschneiden einen grossen, den Porus acusticus externus und die Concha vollständig ausfüllenden Wattebausch in den Ohren zu tragen, da schon das Jucken allein, ohne dass es zur Entzündung des Gehörgangs zu kommen braucht, recht lästig werden kann. Dass man den Hals ringsherum mit Watte oder mit Seidenpapier schützt, ist ja ganz gebräuchlich; dass man aber die Ohren ebenfalls entsprechend in Schutz nimmt, habe ich noch nicht gesehen. Jedenfalls aber empfiehlt es sich, dass da, wo dieser Ohrenschutz unterblieben ist und sich nach dem Haareschneiden Jucken in den Ohren einstellt, dies nicht durch Bohren mit dem Finger bekämpft wird, — namentlich, wenn der Finger eine harte, hornige Haut hat, — sondern dass man die feinen Haarpartikel durch vorsichtiges Abwischen mit einer feuchten Kompresse oder dergleichen beseitigt. Ich bin überzeugt dass auf die geschilderte Weise schon vielfach äussere Otitiden zu Stande gekommen sind; den Herren Kollegen werden gewiss schon hie und da ähnliche Fälle vorgekommen sein.

Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung eines einzigen Nervenastes des Nervus peronaeus profundus.

Von

Dr. H. Kühn-Hoya a. W.

Im Anschluss an das Referat in No. 3 der ärztlichen Sachverständigen Zeitung über: Ein Fall von isolirter traumatischer Lähmung des Nervus peronaeus profundus von M. Bartels-Strassburg (mitgetheilt im Neurol. Centralbl. 1901, No. 1) möchte ich mir gestatten, einen ähnlichen Fall aus meiner Praxis, den ich soeben beobachtet habe, mitzutheilen. Sind schon die Fälle isolirter traumatischer Lähmung des Nerv. peron. profund. sehr selten beobachtet (im Ganzen 3 in der Literatur mitgetheilt, inklus. des von Bartels-Strassburg) so dürfte die Beobachtung meines nachstehenden Falles wohl kaum vorgekommen sein und dadurch einzig in ihrer Art dastehen. Um mich kurz zu fassen, betrifft sie die vollständige Lähmung des Nervenastes vom Nerv. peron. prof., der den langen Streckmuskel der grossen Zehe inervirt.

Der Verlauf des Falles ist folgender:

Maurer Georg A., 36 Jahre alt, ein sehr kräftiger Mensch von cr. 91 Kilo Gewicht, fiel am 1. Oktober 1900 beim Ausbessern eines Schornsteins von der oberen Abtheilung eines Bodens durch eine Bodenluke auf die ca. 2 Meter tiefer liegende untere Abtheilung desselben. Die Folge war ein Bruch beider Knochen des rechten Unterschenkels an der für Brüche in Folge indirekter Gewalt typischen Stelle, etwa an der Grenze des mittleren und unteren Drittels. Zu gleicher Zeit bestand eine erhebliche Quetschung der Weichtheile des Unterschenkels, die die Haut über der Bruchstelle sehr gefährdete und eine sehr bedeutende Schwellung des ganzen Unterschenkels bedingte. Nach Abschwellung im Laufe der nächsten 14 Tage ergab die Untersuchung einen typischen Verlauf der Bruchlinie der Tibia von hinten oben nach unten vorn derart, dass die Bruchenden zapfenartig über einander griffen.

Die Bruchstelle des Wadenbeins lag fast in gleicher Höhe mit der der Tibia. Darauf wurde dem Patienten im hiesigen Kreis-Krankenhause, wohin derselbe nach dem Unfall gebracht worden war am 13. Oktober in Narkose ein Gipsverband angelegt. Nach Entfernung desselben am 11. November war der Bruch mit erheblicher Kallusbildung gut geheilt ohne jegliche seitliche Dislokation. Jedoch ergab eine oft wiederholte Messung des Beines eine Verkürzung des rechten Unterschenkels von 2,5—3 Centimeter. Die Folge davon war, dass der Patient bei den Gehversuchen leicht hinkte. Bei der im Laufe der nächsten Zeit vorgenommenen Behandlung durch Elektrizität konnte man folgenden Befund feststellen: Es bestand eine vollkommene Lähmung des langen Streckers der grossen Zehe. Weder durch direkte noch indirekte Reizung mittels des faradischen und galvanischen Stromes war die leiseste Zuckung der grossen Zehe zu erzeugen. Die Erregbarkeit des langen Streckers der übrigen Zehen war etwas herabgesetzt. Versetzte man durch Reizung mittels starker elektrischer Ströme die Streckmuskulatur des Unterschenkels im tetanische Zukkungen, so schlotterte die grosse Zehe kraftlos mit. Sonstige motorische Störungen im Gebiet des Nerv. peron. prof. waren nicht nachzuweisen, ebenfalls fehlten sensible Störungen und liess sich kein schmerzhafter Druckpunkt nachweisen. Einen Einfluss auf den Gang hatte die Lähmung nicht, wie auch beide Abdrücke der Fusssohlen vollkommen normal waren.

Leider musste der Patient am 14. Januar 1901 wegen ungebührlichen Betragens aus dem Krankenhause entlassen werden. Der Befund an diesem Tage betreffs der grossen Zehe war trotz Behandlung mit Bädern, Massage und Elektrizität unverändert geblieben, während die Funktion der übrigen Muskulatur sich erheblich gebessert hatte.

Mit Rücksicht auf die angegebene Verkürzung und die noch vorhandene Muskelschwäche des ganzen Beines bewilligte ich dem Verletzten eine Rente von 50 Prozent.

Unabhängig vom Unfall bestand bei dem Patienten Epilepsie und erheblicher Alkoholismus.

Nach der ganzen Sachlage des Falles kann nur der Bruch als Ursache der isolirten Lähmung in Betracht kommen, und zwar um so mehr, als die Bruchstelle ziemlich genau der Stelle entspricht, wo der lange Strecker der grossen Zehe vom Knochen entspringt und von dem ihm zugehörigen Nervenaste des Nerv. peron. prof. versorgt wird. Ferner muss es sich wohl um eine erhebliche Quetschung und Zerreissung dieses Astes handeln, da im Laufe von zehn Wochen trotz energischer Behandlung gar keine Besserung eingetreten ist. Deshalb wird auch die Prognose für die Zukunft voraussichtlich eine ungünstige sein, obgleich die dadurch bedingte Funktionsstörung kaum ins Gewicht fällt. Eine sekundäre Kontraktion des Beugers ist bisher noch nicht eingetreten.

Die Seltenheit des oben beschriebenen Falles hat mich veranlasst, denselben zu veröffentlichen.

Referate.

Allgemeines.

Ueber die soziale Bedeutung von Unfällen im Allgemeinen und für die Stadt Moskau insbesondere.

Von Privatdozent Dr. A. P. Lowitzki.

(Wratsch, 1900, No. 50.)

Gewöhnlich bringt das Publikum den ihm drohenden Gefahren einen ziemlich hohen Grad von Aufmerksamkeit entgegen; leider ist es aber in Folge ungenügender Kenntnisse wenig vorbereitet, um die drohende Gefahr rechtzeitig bemerken und richtig beurtheilen zu können. Das Publikum begreift wohl diejenigen, Leben und Gesundheit bedrohenden, Schäden, die nicht in kleinen, nur in ihrer Gesammtmasse abschreckenden Einheiten auftreten, sondern gleich durch grössere Zahlen wirken, wenn auch diese Zahlen eine seltene Ausnahme sind. So hat z. B. das Publikum jetzt die Gefahr, welche ihm von Seiten der Infektionskrankheiten droht, sehr gut begriffen, nicht aber eine Anzahl von anderen Gefahren, die nicht so augenscheinlich sind wie die der Infektionskrankheiten. Diese weniger augenscheinlichen Gefahren werden nur von Personen gekannt, die denselben näher stehen und sie infolgedessen besser zu beurtheilen gelernt haben. Diese Gefahren liegen in den Lebensverhältnissen unserer Zeit selbst: der Kampf um das Dasein, die Uebervölkerung, die äusserst komplizirten Verhältnisse des gegenwärtigen sozialen Lebens haben einen mächtigen Einfluss auf das sanitäre Wohl der Völker.

Aus dieser Gruppe von Gefahren greift Verf. nur eine zum Thema heraus, und zwar die sogenannten „Unfälle." Das moderne Leben hat äusserst günstige Bedingungen zur Häufung der Unfälle geschaffen. Die modernen Verkehrsmittel, die moderne Industrie haben eine gewaltige Anzahl von leblosen Naturkräften in den Vordergrund gesetzt, und der Mensch muss nun inmitten dieser Naturkräfte verkehren und arbeiten. Man kann sagen, dass die Produkte der modernen Industrie nicht nur Schweiss- sondern auch Blutspuren auf sich tragen. Verf. weist nun darauf hin, dass die Unfallfrage in Russland noch stiefmütterlich behandelt wird, und dass entsprechende

statistische Angaben darüber vollkommen fehlen bezw. äusserst mangelhaft sind. So enthält der Bericht des medizinischen Departements des Ministeriums für innere Angelegenheiten für das Jahr 1892 im ganzen 26 7410 36 Kranke, darunter 1 057 126 mit Kontusionen, Verletzungen, Frakturen und Luxationen. Abgesehen davon, dass diese Zahlen zweifellos geringer sind als die wirklichen, enthalten sie keine Angaben darüber, unter welchen Verhältnissen die Verletzungen acquirirt worden sind, und wie viele Unfälle auf Verbrechen und wie viele auf Unglücksfälle im wahren Sinne des Wortes entfallen. Desgleichen ist aus diesen Zahlen nicht zu ersehen, welche Momente des sozialen Lebens die Entstehung der Unfälle am meisten begünstigten, ob diese Unfälle häufiger in Fabriken, auf den Eisenbahnen, auf den Strassen der dicht bevölkerten Städte oder irgendwo anders zu Stande kommen. Nicht günstiger sind die Privatstatistiken einzelner grösseren Städte Russlands. Immerhin geht auch aus den mangelhaften Aufzeichnungen zur Evidenz hervor, dass die Unfälle keineswegs „zufällig", sondern mit gewisser Regelmässigkeit und Konstanz auftreten, so dass die Annahme berechtigt ist, dass auch die Ursachen der Unfälle konstant sind und bei näherer Erforschung eventuell beseitigt werden könnten. Die genauesten Aufzeichnungen hat in dieser Beziehung die Stadt Petersburg. In einem Zeitraume von 12 Jahren (1884—1895) sind im ganzen 51 538 Unfälle verzeichnet, darunter Verletzungen, Verbrennungen, Abfrierung einzelner Glieder, Erfrierungen, Selbstmord etc. Die Gesammtzahl der nicht durch böse Absicht zugefügten traumatischen Verletzungen beträgt 26 550, die der Verbrennungen 2591; die Gesammtzahl der Todesfälle beträgt 2420 oder pro Jahr ungefähr 201. Innerhalb derselben zwölf Jahre verunglückten in Petersburg im Wasser 4219 Menschen, von denen 1117 ertranken; ausserdem wurden in dieser Zeit 1123 Leichen aus dem Wasser gezogen.

Zur Beurtheilung der entsprechenden Verhältnisse Moskaus liegen gleichfalls nur mangelhafte Aufzeichnungen vor; aber diese genügen schon, um die gewaltige Bedeutung der Unfälle für das soziale Leben zu dokumentiren. Nach den offiziellen Berichten sind in Moskau innerhalb 5 Jahren (1894—1898) an Typhus exanthematikus 143, infolge von Unfällen 689, an Abdominaltyphus 1297 Menschen gestorben.

Aus der Unfallstatistik sind aber sämmtliche Mord-, Selbstmord- und unaufgeklärte gewaltsame Todesfälle, sowie schliesslich die Opfer der schrecklichen Katastrophe auf dem Chodinski-Feld zur Zeit der letzten Kaiserkrönung ausgeschlossen. Ausserdem ist anzunehmen, dass die angegebene Zahl der Unfälle geringer ist als die wirkliche infolge mangelhafter Aufzeichnungen, während die Todesfälle an Infektionskrankheiten in der letzten Zeit streng registrirt werden, so dass die entsprechenden Zahlen aus der Statistik der Wahrheit entweder vollkommen entsprechen oder wenigstens ziemlich nahe sind. Stellt man also in Moskau die Todesfälle an Typhus exanthematikus, infolge von Unfällen und an Abdominaltyphus gegenüber, so erhält man die Proportion 1:5:9. Zieht man aber in Betracht, dass auch nicht tötlich verlaufende Unfälle von grosser sozialer Bedeutung sind, indem auch viele sogen. „leichte" Unfälle zu Invalidität und Erwerbsunfähigkeit führen, so wird man sagen können, dass die Gesammtzahl der Opfer bei Unfällen grösser ist als die bei Abdominaltyphus. Trotz alledem wird der Abdominaltyphus sorgfältig studirt, es werden darüber genaue Aufzeichnungen gemacht, während den Unfällen fast gar keine Beachtung geschenkt wird: man hat nur einige nackte, unvollständige Zahlen ohne weitere Kommentare. Die Ursache dieses Verhaltens liegt darin, dass im Publikum die Ueberzeugung von der „Zufälligkeit" dieser Unfälle noch sehr tief wurzelt. Lb.

Chirurgie.

Zur Kasuistik der operativ behandelten Pseudarthrosen.

Von Dr. A. Weiss.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. Bd. 53. H. 3 u. 4.)

Ausgehend von der jetzt allgemein anerkannten Anschauung, dass die blutig operativen Verfahren in allen Fällen von Pseudarthrose, welche etwa $1/2$ Jahr und länger bestehen den Vorzug verdienen, weil sie am raschesten zum Ziele führen, giebt Weiss einen kurzen Ueberblick über die verschiedenen Methoden des blutigen Verfahrens.

Nach einer kritischen Besprechung der Heteroplastik (Einheilung von Elfenbeinstiften, Glas- und Eisenstäben), der Homoplastik (Einheilung von Knochenstücken anderer Menschen und der Autoplastik (Einheilung von Knochenstücken, die demselben Individuum von einem anderen Knochen entnommen sind), kommt Weiss zu dem Schluss, dass bei gewöhnlicher Pseudarthrose, ohne grössere Defekte, die Resektion der Bruchenden mit nachfolgender Naht als das typische Operationsverfahren angesehen werden müsse, weil keine der anderen Methoden so gute Resultate liefere. Bei grösseren Defekten in der Continuität der Knochen ist dagegen das sicherste Verfahren die Autoplastik, d. h. die Bildung eines Knochenlappens aus demselben Knochen im Zusammenhang mit Periost und womöglich noch in Verbindung mit der darüberliegenden Haut. Nach diesen Gesichtspunkten wurden in den letzten 3 Jahren 10 Fälle in der v. Eiselsbergschen Klinik operirt. Die Pseudarthrose betraf einmal den Oberarm dreimal den Unterarm. zweimal den Oberschenkel und viermal den Unterschenkel.

Das Ausbleiben der Consolidation war in keinem der Fälle durch eine nachweisbare Constitutionsanomalie bedingt. Zweimal liess sich überhaupt keine Ursache finden, achtmal lag eine locale Ursache vor. In der Mehrzahl der Fälle bestand eine Dislocation, sowohl ad axin, wie auch ad longitudinem und ad latus. In zwei Fällen war bei der Autopsie in vivo ein Knochensplitter zwischen den Fragmenten gefunden worden, der auch mit grosser Deutlichkeit in dem beigegebenen Röntgenbilde des einen Falles zu sehen ist.

Die Pseudarthrosen waren einen Monat bis zu dreizehn Monaten alt.

Die Diagnose war in allen Fällen aus der abnormen Beweglichkeit leicht zu stellen, in einzelnen Fällen liessen sich Art und Sitz der Pseudarthrose mit Hülfe der Röntgendurchleuchtung ganz genau feststellen.

Die Anfrischung der Knochenenden geschah je nach Lage des Falles, sechsmal wurden sie schräg angefrischt, dreimal treppenförmig und einmal keilförmig. Für gewöhnlich wurde mit Silberdraht genäht, einmal auch mit Aluminiumbronzedraht.

Der Wundverlauf war in allen Fällen ein glatter, ohne Complication oder gar Todesfall. In zwei Fällen musste eine zweite Operation ausgeführt werden, wodurch in diesen Fällen die Heilungsdauer eine relativ lange war und sich bis zu einem Jahr erstreckte. Im günstigsten Falle war nach vier Wochen eine Consolidation eingetreten.

Es wurden demnach alle zehn Operirten geheilt und selbst in dem einen Falle, bei welchem eine hochgradige Dislocation zurückblieb, war der funktionelle Erfolg zufriedenstellend.

In zwei Fällen bestanden so grosse Defekte im Knochen, dass eine Autotransplantation ausgeführt werden musste. Es wurde an der Vorderfläche des Unterschenkels ein 14 cm langer und 4 cm breiter Hautlappen umschnitten, der Schnitt bis auf das Periost der Tibia geführt und aus dieser ein Periostknochenlappen ausgemeisselt, der die ganze Dicke der

Corticalis hatte. Der Stiel des Lappens lag nach unten und etwas nach aussen, so dass er möglichst leicht um 180° gedreht und in den Defekt eingeschlagen werden konnte.

Stabel.

Zur Kasuistik seltener Luxationen und Frakturen.

Von Stabsarzt Dr. Thöle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, B. 58, Heft 1 und 2.)

1. Luxation der Hand im Radialgelenk.

Diese Luxationen, deren Auftreten im Allgemeinen selten ist, entstehen meist auf indirektem Wege durch Hebelung; die Gewalt greift häufiger am Arm bei feststehender Hand (z. B. bei Fall auf die Hand), an, seltener an der Hand bei fixirtem Arm. Doch werden auch in sehr seltenen Fällen Luxationen beobachtet, welche durch direkt wirkende Gewalt verursacht wurden; es entstehen volare Verrenkungen, wenn die Kraft bei fixirtem Vorderarm nahe dem Gelenk von dorsal senkrecht zur Längsachse des Arms auftrifft, dagegen dorsale, wenn die Gewalt gegen das untere Ende des Vorderarms bei festaufliegender Hand einwirkt.

Zu der vorletzten Gruppe liefert T. einen Beitrag eigener Beobachtung. Ein Kanonier schlug beim Fall vom Pferde zuerst mit dem Handrücken der stark volar gebeugten und pronirten Hand nach vorwärts auf den harten Sandboden auf. Es entstand eine typische Luxation nach vorn, deren Einrenkung sehr leicht gelang. Der Heilverlauf war ein so guter, dass der Verletzte nach drei Wochen seinen Dienst wieder versehen konnte.

2. Luxationen in den Interphalangealgelenken entstehen meistens indirekt, besonders bei Fall des Körpers auf die gestreckt gehaltenen Finger der vorgestreckten Hand. Beschrieben wird eine direkte Luxation zwischen Grund- und Mittelglied des vierten Fingers, deren komplizirte Entstehungsweise im Original nachgesehen werden möge.

An 3. Stelle wird eine Abrissfraktur an dem Nagelgliede des linken fünften Fingers mitgetheilt und ihr Entstehungsmechanismus besprochen. Nhs.

Ueber willkürliche Luxation nach Trauma.

von Dr. Zülch, Kreiswundarzt in Treysa.

(Zeitschrift für praktische Aerzte 1900 No. 18.)

Verf. hat sich vor Jahresfrist durch einen Sturz nach vorn, wohl auf die vorgestreckte Hand, deren Rückenfläche stark geschmerzt haben soll, eine Verrenkung des linken Oberarmkopfes nach hinten unten zugezogen. Dieselbe muss von selbst wieder eingesprungen sein und that dies auch später, wenn sie sich beim ruckweise vorgenommenen Erheben der Arme bisweilen wiederholte, stets von selbst. Ausser einer leichten Steifheit blieb nichts störendes von der Verletzung zurück.

Seelhorst.

Beitrag zur Lehre von den traumatischen Epithelcysten.

Von Wegner,

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 50. H. 172.)

Wegner berichtet über 3 Fälle traumatischer Epithelcysten der Hand. In dem einen Falle war dieselbe kurzer Zeit nach der Heilung einer Verletzung mit einem Glasscherben über der volaren Gelenkfalte, zwischen Mittel- und Endglied des 4. Fingers, entstanden; im zweiten Falle, ohne nachweisbare Verletzung, im linken Thenar; im dritten Falle nach Heilung eines Furunkels am Mittelfinger der rechten Hand.

Die drei Epithelcysten wurden unter Schleichscher Anaesthesie exstirpirt. Bei allen ergab die mikroskopische Untersuchung als äusserste Umgrenzung eine drei- bis vierfache Lage von Plattenepithel. Weiter nach innen folgte concentrisch geschichtetes Gewebe, aus Lamellen verhornten Epithels bestehend.

Bei einer vierten Cyste in der Hohlhand, für die der intelligente Träger jedes Trauma in Abrede stellte, ergab sich bei der genauen Untersuchung eine bindegewebige Wand, die einen kleinen Eisensplitter einschloss. Da der Mann viel an einer eisernen Reckstange geturnt hatte, ist es leicht verständlich, wie er in den Besitz dieses Eisensplitters kam.

Stabel.

Die Schleimbeutel der Hüfte und deren Erkrankungen.

Von Zuelzer.

(Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. Bd. 50. H. 1 und 2.)

Obwohl Bursitiden in der Hüftgegend ziemlich selten sind, ist eine genaue Kenntniss der normalerweise vorkommenden Schleimbeutel der Hüfte wegen der differentialdiagnostischen Schwierigkeit verschiedener Hüfterkrankungen doch von grosser Wichtigkeit.

Der grösste Schleimbeutel des menschlichen Körpers ist die Bursa iliaca seu subiliaca, welche an der Umbiegungsstelle des M. ileopsoas zwischen diesem und dem knorpeligen Darmbeinkamm liegt. Er befindet sich also unter dem Ligamentum Pouparti unterhalb und lateralwärts von dem Ligamentum ileo-pectineum, in der Lacuna musculorum, unmittelbar an der Hüftgelenkkapsel.

Von den Schleimbeuteln am Trochanter major ist am constantesten die Bursa trochanterica profunda s. bursa glutaei maximi.

Nicht selten findet sich dann noch eine Bursa trochanterica subcutanea.

Als Ursachen, welche zu einer Entzündung dieser Schleimbeutel führen, haben sich erwiesen: Traumen in 57 %, Gelenkrheumatismus in 15 %, Erkältung und Puerperalfieber in 2 %, während in 32 % aller Fälle eine Ursache nicht auffindbar war.

Aus 14 Fällen einer Entzündung der Bursa subiliaca und 44 Fällen einer solchen der Bursa trochanterica, die Zuelzer aus der Litteratur zusammenstellt, leitet er die folgenden diagnostischen Merkmale einer Schleimbeutelgeschwulst ab:

Bei einer Entzündung der Bursa subiliaca entspricht die Schwellung natürlich der anatomischen Lage des Schleimbeutels, kann aber auch so an Grösse zunehmen, dass sie vom Poupartschen Bande bis zur Mitte des Oberschenkels reicht. Sie kann dann auch auf beiden Seiten des über sie laufenden Musculus ileopsoas heraustreten und selbst mit den Gelenken communiciren.

Meist ist Fluctuation nachweisbar, in einzelnen Fällen ist aber die Spannung so hochgradig, dass eine solide Consistenz vorgetäuscht wird, in anderen ist die Fluctuation nicht nachweisbar, weil die Wandung der Cyste 1 bis 2 cm beträgt. In dem einen Falle Hoffa war die Cystenwand so starr, dass die Geschwulst für eine Callusmasse angesehen worden ist.

Um die Geschwulst möglichst zu entspannen, ist es gut, eine forcierte Beugung des Oberschenkels ausführen zu lassen. In einigen Fällen lässt sich Transparenz der Geschwulst nachweisen. Die Oberfläche der Geschwulst ist stets glatt.

Der Tumor ist nicht besonders druckempfindlich, wenn es sich um ein Hygrom handelt, dagegen sehr schmerzhaft, wenn eine Bursitis suppurativa vorliegt.

Da die Bursa subiliaca in der Lacuna musculorum dem N. cruralis so sehr benachbart liegt, treten bei entzündlicher Schwellung dieses Beutels häufig reissende Schmerzen auf, die bis ins Knie ausstrahlen. Da die grossen Gefässe durch

ihre Lage ebenso leicht in Mitleidenschaft gezogen werden können, sind Venenthrombosen nicht selten.

Aus der Lage der Bursa zu den Hüftmuskeln folgt, dass das Bein in Abduktion, Aussenrotation und leichter Flexion im Hüftgelenk gehalten wird, selten in Adduction und Innenrotation. Bewegungen in entgegengesetzter Richtung sind deshalb sehr schmerzhaft und deshalb auch passiv nur in Narkose ausführbar, während Bewegungen nach derselben Richtung schmerzlos sind. Diese Bewegungsverhältnisse sind einer Coxitis gegenüber differential-diagnostisch von der grössten Bedeutung, umsomehr als die pathognomonische Stellung bei Coxitis im ersten Stadium die gleiche ist. Bei einer Bursitis steht dagegen der Trochanter genau in der Roser-Nelatonschen Linie und das kranke Bein ist nicht verkürzt.

Die Symptome der Bursitis trochanterica profunda haben Aehnlichkeit mit denen der Bursa subiliaca. Die Lage der Geschwulst am oberen Rande des Trochanter maior und an der Aussenseite des Oberschenkels ist allerdings eine ganz andere. Zuweilen ist durch die ausgedehnte Geschwulst die Gesässfurche verstrichen, in anderen Fällen ist der Tumor durch den M. glutaeus in zwei Hälften getheilt. Die Oberschenkelstellung ist gleich der bei Entzündung der Bursa subiliaca.

Um die Erkrankung von dieser Coxitis zu unterscheiden ist die mehr oder weniger gute Beweglichkeit des Gelenkes massgebend, vor allem in Narkose. Beim Hineindrücken des Schenkelkopfes in die Pfanne treten keine Schmerzen auf, während Stoss auf die Trochantergegend, wie bei eitriger Coxitis schmerzhaft ist. Dagegen ist Druck auf die vordere und hintere Gelenkgegend im Gegensatz zu Coxitis nicht schmerzhaft — ebenso haben die Bursitiskranken im Gegensatz zu den Coxitiskranken beim Gehen keine Schmerzen.

Um eine radikale Heilung zu erzielen, muss man bei Hygromen schichtweise in die Tiefe eindringen und die Bursa extirpieren. Bei eitrigen Formen darf man die Wunde nach einer ausgedehnten Spaltung der Bursa nicht schliessen, sondern muss sie drainiren. Einfache Schleimbeutel-Blutergüsse heilen bei Ruhigstellung und darauffolgender Massage.

Stabel.

Der Nachweis der „Kocherschen Schenkelhalsverbiegung" bei der Coxa vara durch die Röntgenstrahlen.

Von Dr. Carl Lauenstein, Oberarzt am Hafenkrankenhaus in Hamburg.

(Centralblatt für Chirurgie, 1900, No. 46.)

Bei Rückenlage des Patienten und Beugung und Abduktion seiner Oberschenkel kann durch ein zwischen den Knien des Patienten angebrachtes Röntgenlicht, welches seine Strahlen in der Ebene der Hauptrichtung der Oberschenkelknochen gegen den unteren Umfang der Schenkelhälse sendet, die von Kocher entdeckte Rückwärtsbiegung der Schenkelhälse bei coxa vara zur Darstellung gebracht werden. Die Möglichkeit dieser Art der Durchleuchtung hängt allerdings von der Ausführbarkeit der beschriebenen Lage des Patienten ab.

Seelhorst.

Ueber traumatische Lösung der Femurkopfepiphyse und ihre Folgeerscheinungen.

Von Dr. Conrad Rammstedt.

(Archiv. f. klin. Chirurgie Bd. 61, H. 3.)

R. hat aus der Hallenser Klinik seit Sprengels erster Veröffentlichung 8 Fälle von traumatischer Lösung der Femurkopfepiphyse zusammenstellen können, die sich besonders dadurch auszeichnen, dass sie graduell verschiedene Abstufung in der Lösung der Kopfepiphyse und in Folge dessen auch verschieden hochgradige Folgeerscheinungen zeigen. In der Hälfte der Fälle wurde die Diagnose durch eine nothwendig gewordene Operation bestätigt, in den 4 übrigen Fällen durch den klinischen Befund und gute Röntgenaufnahmen absolut sicher gestellt.

Der erste Fall betraf einen 12 Jahre alten Knaben, welcher im Alter von 3 Jahren sich durch Fall von einem Stuhle die Epiphysenlösung zugezogen hatte. Aus dem Röntgenbilde ersieht man deutlich, dass der Kopf vom Halse abgerutscht ist, die Pfanne mit seiner unteren Hälfte verlassen hat und dicht am Trochanter minor liegt.

Die 6 folgenden Fälle betreffen alle Individuen, welche in einer späteren Wachsthumsperiode von einem Unfalle betroffen worden sind.

Es ergiebt sich aus einem Vergleich dieser Fälle hinsichtlich der verschieden grossen vollkommenen Epiphysenlösung, dass je unvollkommener die Epiphysenlösung ist, um so mehr sich alle Symptome dem Bilde der statischen Coxa vara im Kocherschen Sinne nähern.

Der Verlauf bei den beiden letzten Fällen spricht dafür, dass es sich zunächst überhaupt nur um eine Lockerung der Knorpelfuge gehandelt hat, deren Folge dann ein Abrutschen der Kopfkappe war. So ist es verständlich, dass der eine junge Mann nach einem Fall auf die Hüfte in den nächsten Wochen, wenn auch unter Schmerzen noch gehen und stehen konnte. Erst allmählich wird unter der Körperlast der gelockerte Kopf nachgegeben haben und nachdem die vorher unverletzte Periostkapsel oben an einer Stelle eingerissen war nach unten und rückwärts abgerutscht sein.

R. folgert in Uebereinstimmung mit anderen Autoren aus seinen Erfahrungen, dass Schenkelhalsverletzungen bei Individuen im Pubertätsalter in der Regel die Knorpelfuge treffen, dass der Folgezustand dem Bilde der Coxa vara adulescentium um so mehr gleicht, je geringer die Kontinuitätstrennung ist, dass bei grosser Dislokation der Kopfepiphyse Kontrakturstellung und hochgradige Funktionsbehinderung eintritt, Ankylose, eventuell auch Arthritis deformans.

Stabel.

Erweiterung unserer Kenntnisse über Patellarfrakturen ohne Diastase durch das Röntgenbild.

Aus der chirurg. Universitätsklinik der Kgl. Charité (Geheimrath Prof. Dr. König).

Von Stabsarzt Dr. Wegner.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 57, Heft 1 und 2. 1900.)

W. beschreibt drei Fälle von Kniescheibenbrüchen, welche nur durch das Röntgenbild erkannt werden konnten, da jede Diastase der Fragmente fehlte. Zwei waren durch direkte Gewalt, Fall auf das Knie, der dritte durch Umknicken im Knie entstanden. Die Diastase der Fragmente wird durch völliges Erhaltensein der seitlichen Aponeurose verhütet; die Patienten sind deshalb auch noch imstande, das Knie zu strecken, zu gehen, ja selbst Treppen zu steigen. —

Wird die Fraktur nicht erkannt und durch Ruhigstellung behandelt, so tritt leicht ein nachträgliches Zerreissen der Bandmassen und Diastase der Fragmente ein.

Nhs.

Vorstellung eines Unterschenkelamputirten mit (durch Nachbehandlung) tragfähigem Stumpf und neuer Prothese.

Von Dr. Hugo Hirsch.

(Archiv. f. klin. Chirurgie Bd. 61, H. 3.)

An 4 Fällen von Amputationsstümpfen hat Hirsch ein Verfahren ausgebildet, welches durch geeignete Uebung und Massage die Stümpfe allmählich befähigt, das ganze Körpergewicht beim Stehen und Gehen zu tragen.

Der Unterschenkel-Amputirte bleibt selbst nach idealer

Heilung der Amputationswunde noch weiter im Bett: mit hoch gelagertem Bein. Dann hat er periodische Tretübungen gegen eine in das Bett hineingestellte Holzkiste auszuführen und nach jeder Tretübung energische Freiübungen anzustellen, indem er Beuge- und Streckbewegungen im Knie- und Hüftgelenk ausführt. Durch diese Freiübungen wird die Blutzirkulation in dem Stumpfende nach Möglichkeit begünstigt und erreicht, dass der Stumpf die Tretbewegungen ohne sich zu entzünden, erträgt. Ist der Patient im Stande, die Tretübungen schon mit grosser Gewalt auszuführen, so macht er ausserhalb des Bettes Stehübungen, legt sich aber jedesmal wieder zu Bett und macht in diesem noch seine Freiübungen. Auf diese Weise kann schon nach 2—3 Wochen ein Stumpf die Fähigkeit erlangen, zu direktem Auftreten in der Prothese verwendet zu werden.

Bei den ersten Tret- und Stehübungen empfiehlt es sich, den Stumpf in Watte einzuhüllen, später lässt man dieselbe fort, so dass sich dann in kurzer Zeit die Haut des Stumpfes in eine derbe Sohle verwandelt.

Ist die Weichtheilnarbe mehr oder weniger am Knochenstumpf adhaerent oder befindet sich am Stumpf eine unregelmässige Callusbildung, die ihn druckempfindlich macht, so muss eine sehr energische Massagekur mit der gymnastischen Behandlung vereinigt werden.

Es gelang dadurch in 2 Fällen ein am Knochen fest aufsitzendes knochenhartes Knötchen (Periostwucherung) durch methodische Massage von dem Knochen loszulösen, abzurunden und zu allmählichem Schwunde zu bringen.

Wenn der Patient über einen derartigen wirklich tragfähigen Stumpf verfügt, dann bedarf er natürlich keines Hülsenschienenapparates; dies veranlasste Hirsch, für seine Patienten ganz einfache Stelzbeine zu konstruiren, auf die sich die Patienten direkt mit dem von verhornter Haut bedeckten Stumpfe aufstützen. Diese Prothesen mit Schienbeinschiene, welche nur für Stumpfe verwerthbar sind, deren Länge mehr als die Hälfte des Unterschenkels beträgt, bieten nach H. Annahme folgende Vorzüge: 1. sie lassen das Knie völlig frei und ermöglichen so eine völlig unbehinderte Funktion des Gelenks, 2. sie vermeiden die Schädlichkeiten und Unbequemlichkeiten einer Befestigung oberhalb des Kniees, 3. sie sind erheblich leichter herzustellen und deshalb auch erheblich billiger als die Hülsenapparate. Stabel.

Zur Technik der Unterschenkelamputation.

Von Dr. E. Mensel-Gotha.

(Münchener medic. Wochenschrift, 1900, No. 42.)

Zur Vermeidung von Druckgangraen der Haut in Folge festen Anliegens an der abgesägten Tibiakante führt M. $1^1/_2$ cm oberhalb dieser Kante einen Faden 3 cm quer durch die Haut, denselben Faden sodann $^1/_2$ cm unterhalb der Kante quer durch die Manschette. Der, am besten gekreuzt, geknotete, etwas angezogene Faden richtet die ganze Manchette steif nach oben, sodass die Haut vom Druck der Kante entlastet wird. Nach 8 Tagen Entfernung des Fadens. Seelhorst.

Ein Fall von angeborener (intrauteriner) komplizirter Fraktur des Unterschenkels.

Von Dr. Otto Kraemer-Gräfenberg.

(Münchener medic. Wochenschrift, 1900, No. 36.)

Zufällige Beobachtung einer starken Verkrümmung und Verkürzung des rechten Unterschenkels eines 8 Jahre alten Knaben, der auch rechtsseitige Klumpfussbildung zeigte und aus dessen Vorgeschichte sich ergab, dass die Mutter beim Emporheben einer Kiste im 5. Schwangerschaftsmonat einen plötzlichen Schmerz im Leibe empfunden hatte, welcher bis 3 Wochen vor der Entbindung anhielt. Das Kind wurde mit der Verbildung seines rechten Unterschenkels geboren und es fand sich als Beweis dafür, dass bei der Verletzung im Mutterleibe eine Durchstechung der Weichtheile stattgefunden hatte, noch bei dem 8 Jahre alten Knaben eine Narbe an der Stelle der Verkrümmung. Seelhorst.

Ueber Frakturen des Fersenbeins und ihre Folgezustände.

Aus der königl. chirurg. Klinik zu Breslau.

Von Hans Kontny,

Assistenzarzt des Wenzel-Hankeschen Krankenhauses zu Breslau.

(Inaugural Dissertation.)

Man kann die Brüche des Fersenbeines in solche des Körpers und solche des hinteren Fortsatzes eintheilen.

Die letzteren sind meist Rissbrüche, deren Zustandekommen am besten erklärt wird durch Annahme zweier einander entgegengesetzter Zugwirkungen: Zug der Achillessehne am hinteren Theil des Knochens nach oben und Zug resp. Druck der Körperlast am vorderen Theil des Knochens nach unten.

Je nachdem der Fuss bei Einwirkung der Gewalt sohlenwärts oder rückenwärts gebeugt ist, ist der Sitz der Bruchlinie mehr vorn oder hinten, je nach dem Verlauf der Bruchlinie innerhalb oder ausserhalb der Hauptmasse des Bandapparates ist das hintere Bruchstück garnicht oder mehr und weniger nach oben verschoben.

Die Brüche des Körpers sind Kompressionsbrüche und entstehen meist durch Fall auf die Füsse, gelegentlich auch durch Druckwirkung, die auf andere Weise zu Stande kommt. Bei Sprung oder Fall auf die Füsse sind die Bruchformen des Fersenbeins je nach Haltung der Füsse und Festigkeit des der Abplattung des Fussgewölbes Widerstand leistenden Bandapparates (Plantarfascie und Lig. calcaneonaviculare) verschieden, doch kann in der Verschiedenheit der Bruchlinien immerhin ein gewisser Typus gefunden werden, indem gewöhnlich ein oder mehrere mehr oder weniger quer verlaufende Risse durch den sulcus tarsi erfolgen und diese häufig nicht bis zur Sohlenfläche des Fersenbeins durchdringen, sondern in einen der Sohlenfläche parallel verlaufenden Spalt münden.

Der erste Akt des Kompressionsbruches des Fersenbeins besteht häufig im Abbrechen des Sustentaculum tali in Folge überstarken Zuges des Fersenbeinkahnbeinbandes an ihm. Tritt diese Fraktur isolirt ein, so heilt sie meist gut, wenn auch bisweilen mit Valgusstellung des Fusses. Während die Diagnose des Rissbruches leicht ist, kann diejenige des Kompressionsbruches Schwierigkeiten machen in Folge ihrer meist vorhandenen Komplikationen mit Brüchen anderer Fussknochen und der Knöchel, immerhin ist sie leichter als diejenige anderer Fusswurzelknochen und oft schon aus der Entstehung der Verletzung zu entnehmen.

Die Prognose ist bei der Rissfraktur eine meist gute, was die Funktion anbelangt, während Kompressionsbrüche sehr oft nach Jahren noch recht erhebliche Berufsstörungen bedingen, und zwar sind diese weniger durch die bei der häufig stattfindenden Einkeilung und Bänderzerreissung resultirenden Gestaltveränderungen, wozu auch ein sehr häufig auf verschiedener Grundlage entstehender Plattfuss zu rechnen ist, bedingt, sondern durch Schmerzen, welche durch die in Unordnung gerathene Lagerung der Knochenfragmente hervorgerufen zu sein scheinen und auf Ernährungsstörungen und Störungen nervöser Art zu beruhen scheinen.

Die Behandlung hat bei den Kompressionsbrüchen in reiner Ruhigstellung des gebrochenen Knochens, sei es in Volkmannscher Schiene, sei es, wie an Mikuliczs Klinik üblich, in entlastendem Gehverbande zu bestehen, ohne dass aber eine

Garantie für Beschwerdelosigkeit nach erfolgter Heilung dadurch gewährleistet werden kann.

Die Krankengeschichten und manche interessante Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Seelhorst.

Ein Fall von indirektem Bruch eines Mittelfussknochens.

Von Dr. E. Maillefert-Leipzig.
(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 36.)

Beim Andrücken eines Fensterladens glitt der rechte Fuss des 15 Jahre alten Patienten von dem Rande einer Wasserrinne, auf welchen die Fussspitze aufgestemmt war, in dieselbe hinein, so dass auf dem Boden der Rinne eine plötzliche, unvermuthete, starke Rückwärtsbiegung der Zehen und Ueberbelastung des mit seinem Köpfchen über die Reihe der übrigen etwas vorstehenden 2. Mittelfussknochens durch die Körperlast eintrat, Schmerz, Schwellung, Unvermögen aufzutreten, stellten sich ein, Krepitation und Röntgenaufnahme bestätigten die Diagnose Mittelfussbruch. Die Heilung trat, wie in fast allen dieser Fälle, unter Ruhe und Kühlung prompt ein. Die beim Militär so häufig beobachteten Brüche, früher als „Fussgeschwulst" bezeichnet und von Schulte, Kirchner, Stechow als Brüche erkannt, sind bei Civilpersonen seltener beobachtet. Seelhorst.

Gynäkologie.

Verschlimmerung eines Gebärmuttertiefstandes durch einen Unfall.

Von Prof. Dr. Thiem.
(Monatsschr. f. Unfallheilkunde N. 6/1900.)

Das wörtlich mitgetheilte Gutachten betrifft einen an sich unbedeutenden Unfall—Rückwärtstreten etwa 0,5 m tief, wobei durch Aufstauchen der Füsse ein schmerzhafter Ruck entstand. — Wenn auch bei der Verunfallten vorher ein Vorfall bezw. Tieferstehen der Gebärmutter nicht konstatirt war, glaubt T. einen solchen annehmen zu müssen, da die Frau nach zwei Entbindungen schon am zweiten Tage aufgestanden war. Nach dem Unfalle war sofort Blut aus der Scheide abgegangen, die Frau hatte die Arbeit aussetzen müssen und sich am dritten Tage nur mit Unterstützung und grossen Schmerzen zum Arzte schleppen können. Letzterer hatte den Vorfall als einen ganz frischen angesehen. Schwarze.

Zur Lehre von den Uterusrupturen.

Von Kehrer-Heidelberg.
(Zeitschr. f. pr. Aerzte 22/1900.)

Im Anschluss an die klinische Besprechung eines Falles von Uterusruptur, die bei einer VIII p. durch die Energie der Wehen zu Stande gekommen war, nachdem bei der VII. Entbindung eine schwierige Wendung und Extraction vorangegangen war, bespricht K. die Diagnose und Behandlung der Uterusrupturen für die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Schwarze.

Ueber praecipitirte Geburten und ihre Folgen für die Wöchnerin.

Joseph Bayer-Köln.
(Samml. klin. Vortr. N. F. N. 289.)

Unter praecipitirten Geburten versteht Verf. nicht nur die Sturzgeburten im eigentlichen Sinne, sondern alle abnorm beschleunigten, überstürzten Geburten. Diese bilden nach grossen Statistiken etwa 1,2 % aller Geburten. Das Vorkommen der praecipitirten Geburten ist gegeben durch macerirte Kinder, durch schlecht entwickelte, also sehr leichte Kinder, durch zahlreiche Geburten derselben Frau, bei heimlichen unehelichen Geburten und bei sehr günstigen Beckenverhältnissen, besonders guter Beckenneigung. Es scheint für das Zustandekommen der p. Geb. nicht viel Unterschied zu machen, in welcher Stellung die Geburt erfolgt.

Die Folgen derselben beruhen durch die Häufigkeit von Ohnmachten in Nachblutungen, Unregelmässigkeiten der Nachgeburtslösung und in sehr häufigen Weichtheilverletzungen der verschiedensten Art.

Auf den Verlauf der Wochenbetten sind die pr. Geburten ohne Einfluss. Schwarze.

Tripper und Ehe.

Von Prof. Dr. M. Zeissl-Wien.
(Wien. med. Pr. N. 46/1900.)

Verf. verlangt, dass um Jemanden nach Gonorrhoen den Ehekonsens zu geben, nicht nur die mikroskopische Untersuchung etwaiger Absonderungen nöthig ist, sondern dass in zweifelhaften Fällen auch das Kulturverfahren in Anwendung kommen muss. Er präzisirt ferner die Art der Untersuchung der Harnröhre zur Gewinnung etwaiger Sekrete nach den Neisserschen bekannten Forderungen.

Schwarze.

Augen.

Zur Kenntniss der Infektion vom Conjunctivalsack aus.

Von Oberarzt Dr. Georg Mayer-Würzburg.
(Münchener Medicin. Wochenschr. 1900. S. 1169—75.)

Verf. hatte schon vor der Veröffentlichung Roemers über das gleiche Thema die Frage von der Infektion vom Bindehautsack aus experimentell in Angriff genommen und theilt jetzt die Ergebnisse seiner Untersuchungen mit. Es wurde verschiedenen Thieren in den einen Bindehautsack eine Platinöse voll mit dem Impfmaterial eingestrichen. Die Thiere wurden nach verschieden langer Zeit getötet und sezirt, um einen Einblick in den Weg der Infektion zu erlangen. Von den lebenden Thieren wurde aus den Ohrvenen, dem Bindehautsacke, dem Nasen- und Mundsekret auf Agar und Bouillon geimpft, bei den getöteten Thieren wurden Kulturen von den verschiedensten Organen aus angelegt. Mit den meisten pathogenen Bakterien gelang eine Infektion vom Bindehautsack aus, welche zum Theil schon nach 24 Stunden, z. B. bei Milzbrand oder Pest, zum Tode führte. In anderen Fällen lebten die Thiere einige Tage, bei der Infektion mit chronischen Infektionskrankheiten z. B. Tuberkulose mehrere Monate lang, ehe sie eingingen. Eine Allgemeinerkrankung konnte nicht erzielt werden mit Staphylococcus pyogenes aureus, Choleravibrionen und Typhusbazillen. Die Einwanderung der Bakterien in das Blut ist gekennzeichnet durch einen heftigen Schüttelfrost, vor dessen Eintreten sind Bakterien im Blute nicht nachzuweisen. Die Infektion verläuft in diesen Fällen stets tötlich. Kurze Zeit vor Beginn der akuten tötlichen Erkrankung lassen sich die Bakterien in den tiefen Halslymphgefässen und in den primär erkrankten Halslymphdrüsen nachweisen. Aus dem Bindehautsacke verschwinden die Bakterien in der Regel sehr rasch. Die histologischen Untersuchungen ergaben folgenden Weg für die Einwanderung der Bakterien. Die Pilze gelangen durch die Bewegung der Thränenflüssigkeit in den Thränensack, erst hier finden sie Gelegenheit, namentlich in den Ausbuchtungen der Schleimhaut länger zu verweilen und sich zu vermehren, infolge dessen schädigen sie das Gewebe und dringen in dasselbe ein, von dort gelangen sie in die Lymphbahnen und Lymphdrüsen. Auch im Thränennasengang und in der Nasenhöhle spielen

ich ähnliche Prozesse ab. Die Lymphdrüsen werden durch die immer neu eindringenden Bakterien stark geschädigt, so dass letzteren sehr bald der Weg in die abführenden Lymphbahnen und damit zu den grossen Venenstämmen offen steht. So tritt der oft durch einen Schüttelfrost gekennzeichnete Moment ein, wo grosse Mengen hochvirulenter und widerstandsfähiger Bakterien — denn nur diese vermögen alle Widerstände zu überwinden — ins Blut gelangen, ihnen gegenüber sind die bakterienfeindlichen Kräfte des Blutserums ohnmächtig und es entstehen so rasch tötlich verlaufende Infektionen des gesammten Organismus. Groenouw.

Nochmals das Protargol bei der Credé'schen Augeneinträufelung.

Von Engelmann.
(Centrbl. f. Gyn. N. 1/01.)

Zweifel hatte die Wirksamkeit des Mittels gegenüber anderen Silbersalzen bemängelt und besonders das Argentum aceticum in gesättigter 5 % Lösung gelobt und an seiner Klinik eingeführt (Centralbl. f. Gyn. N. 51/00). Verf. vertheidigt das Protargol, das er an der Bonner Klinik jetzt an mehr als 1000 Kindern ausprobirt hat und hält es für reizloser als Argentum aceticum bei gleicher Wirksamkeit. Nur ist es nöthig, dass die 20 % Lösung, die angewendet wird, kalt bereitet, dunkel aufbewahrt und nicht mit Metall in Berührung gebracht wird. Schwarze.

Ein Beitrag zu den Verletzungen des Auges: Luftblase in der Linse.

Von Dr. A. Levy.
(Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde 1900. Seite 837—840.)

Einem 35jährigen Schmiede war vor 3 Stunden beim Eisenhämmern ein Splitter ins linke Auge geflogen. Die Untersuchung ergab in der Hornhaut eine 1—2 mm lange perforierende, schon verklebte Wunde. Eine Wunde von derselben Richtung und Grösse fand sich auch in der vorderen Linsenkapsel. In der Mitte der im übrigen klaren Linse bemerkte man einen kleinhanfkorngrossen stark glänzenden Körper, welcher zunächst als metallischer Fremdkörper imponirte. Erst die Betrachtung mit der Lupe ergab, dass das Gebilde kugelförmig war und also als Luftblase angesprochen werden musste. Die Luftblase wurde allmählich kleiner, bis sie in 6 Tagen verschwand. Eine leichte sternförmige Trübung im hinteren Cortex der Linse ging wieder zurück und die Linse blieb klar bis auf eine umschriebene Trübung. Dagegen bestanden ziemlich dichte Glaskörpertrübungen. Zweifellos hatte ein Metallsplitter Hornhaut und Linse durchschlagen und dabei Luft bis in die Linse hinein mitgerissen. Trotzdem war es nicht möglich, mittelst des Sideroskopes einen Eisensplitter nachzuweisen, vielleicht hatte derselbe am hinteren Pol die Sklera durchschlagen und war in der Augenhöhle stecken geblieben. Groenouw.

Beitrag zur Kasuistik der medikamentösen Augenerkrankungen.

Von Dr. Löwensohn.
(Jeschenedelnik 1900, No. 48.)

Die vielen medikamentösen Mitteln anhaftenden Nebenwirkungen sind nicht nur vom wissenschaftlichen Standpunkte aus, sondern in noch höherem Grade in praktischer Beziehung von Interesse. Dem Beitrag des Verf.'s liegen zwei Beobachtungen zu Grunde, in denen als Nebenwirkung der medikamentösen Substanz Augenaffektionen aufgetreten sind. In dem ersten Falle handelt es sich um einen 34jährigen Patienten, der an Bandwurm litt und auf Anrathen eines Arztes ca. 8 g. Extractum filicis maris einnahm. Eine halbe Stunde nach Einnahme des Mittels stellten sich Uebelkeit, Erbrechen und Bewusstlosigkeit ein. Die Bewusstlosigkeit dauerte ca. 48 Stunden, und als der Patient aus derselben erwachte, nahm er wahr, dass er das Sehvermögen an beiden Augen eingebüsst habe. Das rechte Auge erholte sich innerhalb 48 Stunden wieder, das linke aber nicht. Die Untersuchung des Patienten ergab nun vollständige Amaurose des linken Auges und als Ursache derselben eine nicht entzündliche Atrophie des Sehnerven. Dass die Augenaffektion in diesem Falle durch das Extractum filicis maris verursacht war, war ausser jedem Zweifel. Die toxische Dosis dieses Extrakts schwankt in weiten Grenzen und hängt vollkommen von der Individualität der betreffenden Person ab. Wie weit diese Grenzen sind, ist aus der Thatsache zu ersehen, dass einerseits Todesfälle schon nach Dosen von 4,0—5,0 vorgekommen sind, während andererseits von den sogen. Bandwurmdoktoren bisweilen 25 und selbst 30 g des Extrakts straflos verordnet werden.

In dem zweiten Fall war die Ursache der Augenerkrankung eine Chrysarobin-Lanolinsalbe von 10:30, die der betreffende Patient wegen Aknepusteln am Gesicht gebrauchte. Vom dritten Tage des Salbengebrauchs ab verspürte der Patient Brennen im linken Auge und Lichtscheu. Die Untersuchung ergab am linken Auge, dessen äussere Hüllen ebenso wie das rechte Auge normal waren, leichte Hyperämie der Liderschleimhaut und eine pericorneale Hyperämie, besonders an der Aussenseite. Unbedeutender Thränenfluss, augenscheinlich durch die Lichtscheu verursacht. Im äusseren Theil der Hornhaut bestehen zwei punktförmige, flache Geschwürchen mit infiltrirtem grauen Grund, im unteren Theile der Hornhaut befindet sich ein kleines, längliches Infiltrat von grauer Farbe, das mit intaktem Epithel bedeckt ist. Die Salbe wurde sofort beseitigt, ausserdem wurden Einträufelungen von Atropin und Applikation von feuchtwarmen Umschlägen verordnet. Schon nach 2 Tagen wurde der Grund der Geschwürchen reiner und das Infiltrat geringer. Im Resultate vollständige Genesung. Lb.

Ohren.

Ueber Unfallverletzungen des Gehörorganes.

Von Doz. Dr. Jos. Pollak-Wien.
(Wiener medizinische Wochenschrift No. 1, 1901.

Die Aufgabe, Unfallverletzungen des Gehörorganes zu beurtheilen, ist eine besonders schwierige, weil die Verletzten dem begutachtenden Sachverständigen oft erst lange Zeit nach dem Unfall vorgestellt werden, weil die gerade für diese Fälle häufig wichtige Anamnese meist eine sehr mangelhafte ist, und weil die Kranken gewöhnlich übertreiben, resp. alte Ohrenleiden verschweigen. So konnte Verf. in mehr als der Hälfte der 300 untersuchten und begutachteten Fälle den Nachweis erbringen, dass die Ohrenerkrankung schon vor dem Unfall bestand, und dass die Schwerhörigkeit nicht diesem zuzuschreiben war. Zur Beantwortung der Frage, ob die Schwerhörigkeit auf einen Unfall zu beziehen und welche Einbusse der Verletzte davongetragen hat, bedarf es genauester und gewissenhafter Untersuchungsmethoden. Unumgänglich nothwendig sind die Stimmgabelprüfungen, wobei man mit der gewöhnlichen, in der Praxis üblichen Methode nicht auskommt. Man muss sich unbedingt der Bezold'schen kontinuirlichen Tonreihe bedienen, da nur durch diese die für die Differentialdiagnose so wichtigen Tonlücken nachgewiesen werden können. Der

Standpunkt des Arztes ist insbesondere dann ein schwieriger, wenn das Trommelfell normal oder der Ohrbefund ein solcher ist, dass man eine Diagnose auf eine Erkrankung der ableitenden Organe nicht stellen kann. Noch schwieriger wird die Situation, wenn der Begriff der traumatischen Neurose mit in die Diskussion gezogen wird. In solchen Fällen ist es mitunter möglich, durch die Untersuchung der elektrischen Reizbarkeit der Hörnerven Klarheit zu gewinnen und eine Diagnose zu sichern. Leichte Erregbarkeit des Akustikus durch schwache galvanische Ströme (M. A. 1—2) bei Abwesenheit eines exsudativen Prozesses im Mittelohre spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit für eine nervöse Erkrankung der Hörnerven. Ausser der Schwerhörigkeit werden als Unfallfolge angegeben: Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schlaflosigkeit. Auf das erstgenannte Symptom prüft man in folgender Weise: Man lässt die Patienten mit geschlossenen Augen auf einem Bein stehen, was Leuten mit Gleichgewichtsstörungen sehr schwer oder gar nicht gelingt. In Bezug auf den Grad der eventuell herbeigeführten Beeinträchtigung an Erwerbsfähigkeit kommt es vor Allem darauf an, welches Gewerbe der Verletzte betreibt, ob er einseitig oder doppelseitig schwerhörig ist und in welchem Grade das Ohr verletzt wurde. Auf die Hörfähigkeit soll man nicht mit flüsternder, sondern mit lauter Stimme prüfen, weil die Verletzten nicht an Flüsterstimme gewöhnt sind. Die Hörprüfung mit lauter Sprache ist auch aus dem Grunde wichtig, weil die Prozente der Einbusse nach dem Grade bestimmt werden, nach welchem die Hörfähigkeit für laute Stimme herabgesetzt ist. Ist das Hörvermögen nur auf einer Seite gestört, wobei der Verletzte auf 2—3 m die Konversationssprache hört, wird die Einbusse auf 5, kaum je auf 10 Prozent des Erwerbes geschätzt. Sind beide Ohren beschädigt und der Beruf derartig, dass es bei dem Verletzten auf genaue Lokalisirung ankommt, so werden 15—20 Prozent Einbusse angenommen. Wenn das Hörvermögen einer Seite vollständig gestört oder die Schwerhörigkeit so gross ist, dass die Konversationssprache nur auf 1 m gehört wird, oder der Beruf des Verletzten binauculares Hören verlangt, so wird die Einbusse zu 40 Prozent, bei doppelseitiger Taubheit zu 50 Prozent zugestanden. —y.

Die diagnostische Bedeutung der elektrischen Untersuchung des Gehörorganes.

Von Prof. Dr. E. P. Friedrich-Kiel.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 38, Heft 1 u. 2, S. 65.)

Schon in den 60er Jahren ist durch Brenner festgestellt worden, dass es bei einer grossen Anzahl von Menschen gelingt, mittels des konstanten Stromes durch Reizung des N. acusticus eine Gehörsempfindung, die als Zischen, Singen, Brummen, Pfeifen oder Sausen geschildert wird, herbeizuführen. Verf. hat diese Untersuchungen, die inzwischen auch von anderen fortgesetzt worden sind, wieder aufgenommen und kommt mit seinen mühevollen und zeitraubenden Prüfungen zu dem interessanten Ergebniss, dass das von Pflüger für die motorischen Nerven aufgestellte Zuckungsgesetz, das später von Erb auch auf die sensiblen Nerven ausgedehnt wurde, für das Verhalten des sensorischen N. octavus gegenüber dem konstanten Strom, sofern dieser überhaupt eine Gehörsempfindung auslöst, ebenfalls zutrifft. Weiter lehren die Versuche Friedrichs, dass eine elektrische Reaktion des Gehörorganes am häufigsten bei nervösen Schwerhörigkeiten auslösbar war, während von 13 Untersuchungen mit normalem Gehör nur 2 eine solche Reaktion aufwiesen, was zu der Vermuthung Anlass giebt, dass es sich bei diesen beiden vielleicht gar nicht um gesunde Organe, sondern um beginnende Erkrankungen des nervösen Abschnittes im Ohr gehandelt hat, bei denen die bisherigen Prüfungsmethoden zu ungenügend waren, um die Erkrankung festzustellen. Wäre dies der Fall, so würden wir in der elektrischen Untersuchung das Ohres ein weiteres Hilfsmittel zur Hand haben, um die oft so schwierige oder unmögliche Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des schallleitenden und schallpercipirenden Apparates zu stellen. Da der ärztliche Sachverständige nicht selten nervöse Störungen des Gehörorganes nach Schädelverletzungen zu beurtheilen hat, so dürften die gründlichen Ausführungen des Verf. auch für unseren Leserkreis von hohem Interesse sein. Richard Müller.

Zur Kenntniss der Wirkung der Trichloressigsäure.

(Aus der Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke im Allerheiligenhospital zu Breslau).

Von Dr. Hugo Schwabe, Assistenzarzt.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Band 38, Heft 3).

Der Verf. — der leider wenige Tage vor Veröffentlichung seiner Arbeit verstorben ist — hat über die Wirkung der Trichloressigsäure an Thieren und Menschen Versuche angestellt, und zwar bei Thieren in vivo an der Schleimhaut der Nasenmuscheln, bei Menschen an vorher abgetragenen Stücken hypertrophischer Nasenmuscheln und hypertrophischer Tonsillen. Er kommt zu dem Ergebniss, dass der Trichloressigsäure bei ihrer Verwendung als Aetzmittel die Tiefenwirkung abgeht. Der Effekt reicht über das Epithel hinaus in tiefere Gewebsschichten nur dann, wenn die Einwirkung der Säure durch mechanische Eingriffe unterstützt wird. Zur Behandlung hypertrophischer Nasenmuscheln und Tonsillen ist die Säure daher werthlos. Für den ärztlichen Sachverständigen ergiebt sich aus den Versuchen, dass die Trichloressigsäure zu den weniger gefährlichen Aetzmitteln gehört. Richard Müller.

Zur Frage der Ansteckungsfähigkeit der akuten Mittelohrentzündung.

Von Dr. L. Wolff-Frankfurt a. M.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 38, Heft 3.)

Marcel Lermoyez hat in einer Arbeit „La contagion des otites moyennes aigues“ (Annales des maladies de l'oreille XXV. Bd., Okt. 1899) die Ansicht ausgesprochen, dass die akute Mittelohrentzündung von Mensch zu Mensch übertragbar sei, und dass daran Erkrankte von Gesunden deshalb isolirt werden müssten. Dem tritt Verf. — unseres Erachtens mit durchschlagenden Gründen und durchaus mit Recht — entgegen, indem er ausführt, dass bei den von Lermoyez als angesteckt hingestellten Kranken vielmehr dieselbe Ursache für die Erkrankung ihrer Ohren vorlag wie bei den primär Erkrankten. Eine akute Mittelohrentzündung an und für sich ist nicht kontagiös, und einen Kranken lediglich wegen einer Mittelohrentzündung, ohne dass ein weiteres, die Abtrennung des Kranken von seiner Umgebung erforderndes Leiden vorläge, zu isoliren, ist unnöthig und überflüssig.

Richard Müller.

Ueber otogene Meningitis.

Von Dr. Jacob Cohn-Breslau.

Aus der Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke im Allerheiligen-Hospital zu Breslau.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 38, Heft 1 u. 2. S. 99)

An der Hand einer Anzahl gut beobachteter Fälle giebt Verf. eine eingehende Schilderung des klinischen Bildes der otogenen eitrigen Meningitis, um schliesslich aber doch zu dem Ergebniss zu kommen, dass die rein klinische, auf die Symptome aufgebaute Diagnose bei dieser Krankheit anderen otitischen endocraniellen Komplikationen, insbesondere dem

Gehirnabscess und der serösen Meningitis, gegenüber nach wie vor oft im Stiche lässt. Die Möglichkeit, die Krankheit mit absoluter Bestimmtheit zu erkennen, ist nach Cohns Ansicht nur in der Lumbalpunktion gegeben, wenn durch die mikroskopische und chemische Untersuchung des dabei gewonnenen Liquor cerebrospinalis die Anwesenheit von Eiter erkannt wird, während dem bakteriologischen Befunde in angelegten Kulturen weniger Werth beizumessen sei. Zum Schlusse hebt Verf. die auch anderweit schon wiederholt betonte Thatsache hervor, dass ein operatives Vorgehen gegen die eitrige otogene Meningitis nicht in jedem Falle absolut aussichtslos ist, dass aber die Prophylaxe des Uebergreifens auf die Meningen, die in einer sachgemässen, ev. operativen Behandlung der ursächlichen Ohreneiterung besteht, immer noch die Hauptsache bleibt. Richard Müller.

Zwei Fälle von Sinusbetheiligung nach Aufmeisselung (scil. des Warzenfortsatzes.)

Von Dr. Rudolf Panse, Ohrenarzt in Dresden.
(Archiv f. Ohrenheilkunde, 51. Bd., 1. Heft, S. 23.)

Von den beiden Fällen ist besonders der erste auch für den Nichtspezialisten von Interesse. Angeregt durch einen gleichen Fall, der sich im Jahresbericht der Halle'schen Ohrenklinik für 1898/99 beschrieben findet, theilt P. mit, dass bei einer 56 Jahre alten Frau sich im Anschluss an eine Warzenfortsatzaufmeisselung eine Thrombose des bei der Operation in Linsengrösse freigelegten Sinus sigmoideus mit nachfolgendem eiterigen Zerfall ausbildete, was eine allgemeine Pyämie mit Lungenmetastasen und schliesslich tötlichen Ausgang zur Folge hatte. P. nimmt eine Infektion des bis dahin gesunden Sinus von der eiternden Aufmeisselungswunde an und dürfte damit wohl Recht haben. Der Fall lehrt von neuem, dass, wie Ref. auf Grund eines ähnlichen Falles an anderer Stelle früher schon hervorgehoben hat, die vielfach für harmlos gehaltene Freilegung des Sinus bei Mastoidoperationen doch nicht so ganz unbedenklich ist.

Richard Müller.

Hygiene.

Untersuchungen über die Frage der Tröpfchen-Infektion.

Von Dr. H. Röniger.
Assistent am hygien. Inst. d. Univ. Halle.
(Zeitschr. für Hygiene, Bd. 34, H. 1.)

Die durch Flügges Untersuchungen seiner Zeit in den Mittelpunkt des bakteriologischen Interesses gerückte Frage der Versprühung von Bakterien in feinsten Tröpfchen beim Sprechen u. s. w. bietet noch immer reichlichen Stoff zu neuen Forschungen. So hat Verf. es sich zur Aufgabe gesetzt, zu prüfen, in welchem Masse die Versprühung in den Mund gebrachter Bazillen (B. prodigiosus und mycoides) beim Sprechen, Husten und Niesen erfolgt, insbesondere auch, welchen Einfluss die Aussprache der einzelnen Buchstaben hat, und inwiefern ein Mensch beim Sprechen mehr Gelegenheit zur Tröpfchenversprühung giebt als ein anderer.

Es ergab sich, dass lediglich beim Aussprechen der Konsonanten Tröpfchen versprüht wurden, d. h. nur, wenn der Luftstrom mit einem gewissen Kraftaufwande einen Verschluss der Luftwege durchbricht, werden Tröpfchen abgelöst, in um so grösserem Umfange, je grösser jene aufgewendete Kraft ist.

Beim Sprechen richtet sich die Zahl der versprühten Bläschen nach der Schärfe der Aussprache der Konsonanten. Sie ist daher bei leiser Sprache meist geringer als bei lauter, bei scharfer Flüstersprache aber grösser als bei lauten verwaschenen Reden. Dem entsprechen auch die Verschiedenheiten von Mensch zu Mensch und der verschiedene Einfluss der Dialekte, z. B. sächsisch gegen hannöversch.

In allen Versuchen mit Ausnahme eines einzigen wurden die Tröpfchen mit den Keimen auf mehrere Meter in der Luft verschleppt, und zwar auch bei ruhiger Luft, nicht bloss nach vorn, sondern auch seitlich und hinter den Sprechenden. Dagegen stellte Verf. im Gegensatz zu Flügges künstlichen Versprühungen fest, dass die Luft sich der Tröpfchen im Laufe von ein bis höchstens zwei Stunden entledigte, um so langsamer, je stärkere Luftströme vorhanden waren. Das Tröpfchen spielt die Rolle eines Ballons für die Keime — verdunstet es, so fällt der Keim zu Boden, als blosser Luftstaub werden die Keime nicht verschleppt.

Beim Husten und Niesen werden mehr Tröpfchen versprüht als beim Sprechen, was nach dem Vorhergesagten nicht Wunder nehmen kann. Aber die Dauer des Schwebens ist genau die gleiche wie beim Sprechen.

Gegen die Versuche mit Prodigiosus-Bazillen kann man einwenden, dass vielleicht grössere Spaltpilze als dieser eine geringere Versprühungsmöglichkeit geben. Und thatsächlich war das Ergebniss mit den allerdings ungemein grossen, selbst den Milzbrandpilz hoch übertreffenden Wurzelbazillen (B. mycoides) doch wesentlich anders. Sie wurden selten mehr als einen halben Meter weit verschleppt und waren schon nach 10 Minuten aus der Luft verschwunden.

Aus allen Versuchen ergiebt sich, dass die Gefahr der Tröpfchen-Ansteckung, so beachtenswerth sie ist, doch auch nicht überschätzt werden darf. Im Allgemeinen ist sie schon $^3/_4$—1 Stunde nach der Tröpfchenbildung nicht mehr dringlich. Innerhalb dieser Grenzen hat die Grösse der Keime einen gewissen Einfluss. Die meisten krankmachenden Spaltpilze sind etwa eben so gross wie der Prodigiosus oder noch etwas kleiner. Grösser sind nur die der Diphtherie, der Tuberkulose und des Milzbrands.

Im Uebrigen hängt die Bedeutung der Tröpfchenverbreitung für die Verbreitung der Krankheiten lediglich davon ab, ob die Pilze sich in mehr oder weniger grosser Zahl im Munde der Kranken aufhalten. Diese Verhältnisse sind für die einzelnen Krankheiten noch lange nicht genügend aufgeklärt.

Bei der Tuberkulose weiss man, dass die Erreger gelegentlich im Mundspeichel gefunden werden. Näheres ist noch zu ergründen. Diphtherie-Pilze sind in weiter Verbreitung im Speichel, auch von Rekonvaleszenten, aufgefunden worden. Für Lepra ist der Nasenschleim wohl der wichtigste Sitz der Keime, über die Mundflüssigkeit sind die Ansichten noch getheilt. Bei Influenza spielt die Ansteckung durch Schwebetröpfchen vielleicht eine sehr wichtige Rolle, ähnlich wohl bei Keuchhusten.

Die einfachen Verhütungsmassregeln bestehen im Vorhalten des Taschentuchs beim Husten und Niesen, in der Vermeidung scharfen Sprechens, bei sehr schweren Fällen im Tragen von Gazenarten, ferner in desinfizirenden Mundspülungen u. dergl. Besonders scharf werden solche Massnahmen auch im chirurgischen Operationssaal zu handhaben sein.

Ueber die Dauer der Lebensfähigkeit der mit feinsten Tröpfchen verspritzten Mikroorganismen.

Von Dr. Fritz Kirstein, Assistent am hygienischen Institut in Giessen.
(Zeitschrift für Infektionskrankheiten Bd. 35, Heft 1.)

Unter den Fragen, die die Lehre von der Tröpfcheninfektion angeregt hat, nimmt Verfasser die zum Gegenstande seiner Untersuchung: wie lange die in Form von feinsten Tröpfchen verstäubten Bakterien lebensfähig bleiben. Zu diesem

Zwecke hat er zunächst unschädliche Keime (Bacillus prodigiosus und Rosa Hefe) in den Räumen des Instituts versprüht. Die meisten Tröpfchen fielen aus der Luft binnen einer halben Stunde, alle binnen $1^1/_2$ Stunden zu Boden. Zwischen der sechsten und neunten Stunde waren sämmtliche versprühten Keime abgestorben, so weit sie dem Tageslicht ausgesetzt waren. Im Dunkeln blieben Keime 15 Tage lang lebensfähig.

Eine zweite Reihe von Versuchen wurde mit pathogenen und zwar mit Typhusbazillen angestellt, natürlich unter Benützung eines Apparats, der die völlig gefahrlose Anstellung der Versuche ermöglichte. Auch hier starben die fein vertheilten Keime enorm rasch ab.

Verf. kommt zu der Ueberzeugung, dass die mit feinsten Tröpfchen versprühten **nicht Sporen bildenden** Spaltpilze sehr rasch durch Vertrocknen zu Grunde gehen. Die Versuche werden fortgesetzt werden.

Eine Methode zum schnellen Nachweis der Gegenwart eines erhöhten Kochsalzgehaltes im Fleisch.

Von Friedr. Glage.

(Zeitschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene. Jan. 1901.)

Da es, namentlich in Grenzgebieten, häufig vorkommt, dass frisches oder nur ganz schwach gesalzenes Fleisch als gepökeltes der Zollbehörde bezeichnet wird, um die Kosten der Untersuchung, welcher nur frisches Fleisch unterworfen ist, zu sparen, hat Verf. eine Methode ausgearbeitet, welche gestattet, auf dem Markte in wenigen Augenblicken beide Fleischsorten zu unterscheiden. Er lässt eine Höllensteinlösung mit Ammoniak soweit versetzen, dass der anfangs sich bildende Niederschlag sich aber wieder auflöst und zu der wasserhellen Flüssigkeit nochmals eine bestimmte Menge Ammoniak thun. Wird nun in diese Lösung ein etwa haselnussgrosses Stück ungesalzenen Fleisches geworfen, so wird das, in Folge des natürlichen Kochsalzgehaltes des Fleisches sich bildende Chlorsilber vom überschüssigen Ammoniak sofort wieder gelöst, während gesalzenes, also auch gepökeltes Fleisch sich mit einer weissen, am Lichte bald violett werden den Schicht von Chlorsilber überzieht. Schlockow.

Die Projektion, ein zuverlässiges Mittel zur Ausführung oder Kontrole der Trichinenschau.

Von H. Kabitz-Hannover, Thierarzt.

(Ztschr. f. Fleisch- u. Milch-Hyg. 1899. H. 10.)

Die bisher übliche Trichinenschau mit Hilfe des Mikroskops gewährt erfahrungsgemäss selbst bei gut vorgebildeten Beschauern keine Sicherheit eines richtigen Ergebnisses, sie ist mit verhältnissmässig sehr hohen Kosten verknüpft (1899 in Preussen mehr als 3 Millionen Mark) und für den Grossbetrieb durch die Langsamkeit ihrer Ausführung hinderlich. Zum Auffinden von Trichinen genügt aber die Projektion. Wenn man ganze Quetschpräparate in geeigneter Weise projizirt, wird die Schnelligkeit und Sicherheit der Schauungen mein verbessert. Verf. hat durch die Firma Zeiss in Jena einen für Kalklicht oder elektrisches Bogenlicht geeigneten Projektions-Apparat zur Trichinenschau, Trichinoskop genannt, hergestellt. Er empfiehlt, ihn zunächst wenigstens als Kontrol-Apparat einzuführen, ein Vorschlag, dem sich Ostertag in einer Anmerkung durchaus anschliesst.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Traumatische Entstehungen von Krankheiten.

Herr **Seefisch**-Berlin: Traumatische Pankreascyste. Ein 12jähriger Knabe wurde von einem Lastwagen überfahren und zwar so, dass er auf den Bauch zu liegen kam. Nach drei Wochen bildete sich allmählich eine Vorwölbung in der Oberbauchgegend, in deren Bereich Plätschergeräusch bestand. Bei der Operation fand sich eine Cyste mit zweiblätteriger Wand, die eine wasserklare Flüssigkeit enthielt. In letzterer konnten alle drei Fermente der Bauchspeicheldrüse nachgewiesen werden: ein eiweisslösendes, ein Stärke verzuckerndes und ein Fett spaltendes. Dabei war aber keineswegs am Stuhlgang ein Ausfall der Thätigkeit der Bauchspeicheldrüse wahrnehmbar.

(Freie Vereinigung d. Chirurgen Berlins. Sitzung am 12. März 1900. Centralbl. f. Chirurgie 1901. No. 1.)

Herr **Moritz**-München: Darmeinstülpung nach einer Verletzung.

Ein Bauer erlitt beim Aufladen eines Baumstamms eine Quetschung der rechten Bauchseite. Bald stellten sich Schmerzen im Leibe ein, die anfangs andauernd, später anfallsweise bestanden. Seitdem sind drei Monate vergangen, die Beschwerden blieben die gleichen. Der Stuhlgang wurde durchfällig. Vor einigen Wochen traten einmal im Anschluss an eine Betastung des Leibes an mehreren Tagen hintereinander blutige Stühle ein. Zur Zeit der Vorstellung fühlte man eine wurstförmige quer durch die Mittelbauchgegend ziehende Geschwulst, über der die Perkussion leeren Schall ergab. Bei Aufblähung des Darms drang die Luft nur in den linken und mittleren Theil des Bauches ein. Die Geschwulst wurde nach oben geschoben. Zeitweise blähte die Geschwulst sich unter kolikartigen Schmerzen auf und kennzeichnete sich so als Darm. Es wurde eine Darmeinstülpung angenommen und bei der allmählichen Verschlechterung des Allgemeinbefindens die Operation vorgeschlagen, auf die der Kranke einging. Der Blinddarm fand sich in den queren Dickdarm eingeschoben. Es gelang, ihn freizumachen. Der Kranke genas.

(Aerztl. Verein München. Sitzung vom 16. Mai 1900. M. M. Wochenschr. 1901. No. 5.)

Herr **E. Baumgarten**-Budapest: Chronische traumatische Kehlkopfverengerung.

Ein Mann, der in Folge eines Sturzes einen Wirbelbruch erlitten hatte, bekam nach Abnahme des ihm angelegten Gipsverbandes heftige Athemnoth. Der Vortr. führte die Spaltung des Kehlkopfes aus und stellte fest, dass dieser selbst gebrochen und winklig geknickt war. Der Raum unter den Stimmbändern war fast vollständig mit narbigem Bindegewebe erfüllt. Es war sehr schwierig eine Röhre vom Rachen in den Kehlkopf einzuführen, da sie in Folge der Knickung immer wieder in der Halswunde zum Vorschein kam. Schliesslich gelang es, einen Tubus einzubringen, der den Kehlkopf erweiterte und gradestreckte. Der Kranke lernte allmählich, sich das Instrument selbst einzuführen.

(Gesellsch. d. Ung. Ohren- u. Kehlkopfärzte. Sitz. v. 31. Mai 1900. Wiener Med.-Wochenschr. 1900, No. 51.)

Herr **Seeligmüller**-Halle: Ueber durch subscapulare Rippenbrüche hervorgebrachte chronische Intercostal-Neuralgie.

Das Vorkommen von Rippenbrüchen in der Gegend unter dem Schulterblatt, welches, wie der Vortr. glaubt, in der medizinischen Literatur bisher ganz übersehen worden ist, verdient grosse Beachtung, da die Verkennung solcher Brüche in der Unfallbegutachtung zu schwerwiegenden Irrthümern führen kann. Zum Beleg dafür stellt der Vortr. einen Mann vor, der bereits nahe daran war, mit seinen Entschädigungsansprüchen als Simulant abgewiesen zu werden, als S. die wahre Natur des Leidens erkannte.

Es handelt sich um einen nicht mehr ganz jungen Mann, r beim Heben einer schweren Last plötzlich die Empfindung habt hatte, als würde ihm ein Schlag auf die Schulter vertzt und gleichzeitig dort etwas herausgerissen. Nach einem ihre bekam S. den Kranken, der seither über andauernde, e Bewegung des rechten Armes unmöglich machende Schmeron klagte, zur Begutachtung und fand nach innen von dem r Seite geschobenen Schulterblatt eine sehr starke Verdickung er vierten und fünften Rippe. Von dort aus verbreiteten sich euralgische Schmerzen weiter über die ganze rechte Brustseite nd die benachbarten Theile des Nackens. Ihr wirkliches Vorandensein wurde mit Sicherheit durch die Steigerung des Bauchreflexes der kranken Seite bewiesen. In Folge der andauernen Schmerzen hatte sich auch eine nervöse Herzstörung erausgebildet.

Vortr. hat dieselben Verletzungsfolgen auch an seinem igenen Körper durchgemacht. Vor 30 Jahren hat er einen bensolchen, gleichfalls lange verkannten Rippenbruch erlitten und leidet an den Folgeerscheinungen, nachdem sie ihn lange Zeit sehr gequält haben, zeitweise noch jetzt.

In der Diskussion bemerkt Herr v. Bramann, dass er auch anhaltende Neuralgien der Zwischen-Rippennerven nach Rippenbrüchen gesehen hat, bisher aber keine Herzstörungen.

(Verein d. Aerzte in Halle a. S. Sitzung v. 7. Nov. 1900.
M. Med. Wochenschr. 1901, No. 6.)

Herr Strauss-Berlin: Fall von Herzerweiterung nach Trauma.

Ein jüngerer Mann, der soeben Influenza durchgemacht hatte, erhielt einen Schlag gegen die Brust. Bald danach stellte sich Athemnoth ein. Die Untersuchung ergab eine Verbreiterung des Herzens, hauptsächlich nach links, die nach körperlichen Anstrengungen zunahm, ohne dass die Klappen nachweislich geschädigt waren.

(Gesellsch. d. Charitéärzte i. Berlin. Sitzung v. 22. Nov. 1900.
M. Med.-Wochenschr. 1900, No. 50.)

Herr Rudolph-Magdeburg: Fall von chronischer traumatischer Pleuritis.

Einem Arbeiter fiel im März 1900 ein Stapel schwerer Säcke auf die Brust. Nach einigen Tagen stellte sich ein wasserheller Erguss in der rechten Brusthöhle ein, der trotz einer grösseren Reihe von Entleerungen sich immer wieder ansammelte. Vortr. hofft von wiederholtem Ablassen kleinerer Mengen und gleichzeitigem Gebrauch des Aspirins noch einen Erfolg.

(Mediz. Gesellsch. zu Magdeburg. Sitzung vom 20. Dez. 1900.
M. M. Woch. 1901. No. 6.)

Herr Schwarz-Prag: Syringomyelie nach Unfall.

Bei einer Kranken bildete sich nach einem Sturz eine Verkrümmung der Rückenwirbelsäule und nachträglich eine Abmagerung der Hände aus. Die kleinen Handmuskeln fanden sich beiderseits geschwunden, die Pupillen waren verschieden, an beiden Armen und am Rumpf vom Nabel bis zum Kinn bestanden Empfindungsstörungen.

(Verein deutscher Aerzte in Prag Sitzung vom ? 1900.
Wiener med. Wochenschr. 1900, No. 50.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem Unfall (einfacher Kontusion des Kopfes mit geringer Hautabschürfung durch eine herabfallende Eisenstange) und einem mit Netzhautablösung verbundenen Aderhautsarkom.

(Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts.)

Dem Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts um Abgabe eines Obergutachtens in der Unfallversicherungssache des Lackirers Friedrich N. in B. wider die Nordöstliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft beehre ich mich nach genommener Einsicht und unter Rückgabe der Akten durch nachstehende Ausführungen zu entsprechen:

Die Beantwortung der mir gestellten Frage,

„ob es als sicher anzunehmen oder wahrscheinlich ist, dass der Verlust des Sehvermögens auf dem rechten Auge des Klägers, sei es auf dem Wege der unmittelbaren traumatischen Netzhautablösung, oder im Gefolge einer bösartigen Geschwulstbildung, ursächlich auf den im Januar 1897 erlittenen Unfall zurückzuführen ist“,

hängt in gewissem Masse von der Entscheidung der Vorfrage ab, ob der Augapfel von der Verletzung direkt betroffen wurde oder nicht.

Wird diese Vorfrage verneint, so kann, wie ich näher ausführen werde, meiner Meinung nach, von einem Einfluss der Verletzung auf die Erkrankung des Auges überhaupt nicht die Rede sein; wird aber die Vorfrage bejaht, so ist die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwar im Allgemeinen zuzugeben, aber nur unter gewissen Bedingungen, die im vorliegenden Falle nicht gegeben waren.

Ich werde deshalb der mir gegebenen Anweisung entsprechend, diese beiden Möglichkeiten getrennt berücksichtigen, sehe mich aber veranlasst, auch über die Vorfrage meine Meinung abzugeben, da mir scheint, dass zu deren Entscheidung auch die Ansicht des Sachverständigen von wesentlicher Bedeutung ist.

Die Angaben des Verletzten sowie der Zeugen R. und Ho. stimmen, bei mehrfachen Abweichungen in Einzelheiten, doch darin überein, dass N. am Abend eines der ersten Januartage, wahrscheinlich des 5. Januar 1897, von einer herabfallenden Eisenstange am Kopf getroffen wurde, dass aber dabei keine direkte Verletzung des Auges stattfand. Letztere Angabe wird auch dadurch bestätigt, dass bei der etwa fünf Tage nach der Verletzung, am 10. Januar, in der H.'schen Klinik vorgenommenen Untersuchung der Augen keinerlei Spuren einer Verletzung derselben gefunden wurden. Es erscheint auch, wenn man den Hergang der Verletzung berücksichtigt, vollkommen unmöglich, dass die Stange das Auge selber getroffen habe:

Legt man die dem N. günstigste Annahme, dass nämlich die Gegend des Vorderkopfes über dem rechten Auge getroffen wurde, zu Grunde, so könnte doch eine von oben her querfallende Stange das Auge selber nur treffen, wenn sie vorher den Knochen, welcher den oberen Augenhöhlenrand bildet, zerbrochen hätte.

N. behauptet nun, dass die Verletzung des Kopfes gleichwohl sein Auge geschädigt haben müsse und führt als Beweis dafür an, dass er schon sehr bald nachher — bereits am folgenden Tage, wie die Ehefrau, noch am gleichen Abend, wie N. selber später Herrn Professor Dr. F. angab — über Flimmern im Auge zu klagen gehabt habe.

Es lässt sich aber nachweisen, dass N. selbst dem Unfall anfangs gar keine Bedeutung zuschrieb, dass also die Sehstörung sich schwerlich so unmittelbar an die Verletzung angeschlossen hat, wie es später von ihm dargestellt wurde.

Herr Sanitätsrath Dr. He., an welchen sich N. am 10. Januar 1897 zuerst um ärztlichen Rath gewendet hat, sagte aus, dass N. damals über schlechteres Sehen am rechten Auge geklagt und eine Brille verlangt, aber von einem erlittenen Unfall nichts erwähnt habe. Auch am 5. Februar, wo er sich bei ihm wieder vorstellte und über zunehmendes Flimmern vor dem rechten Auge klagte, habe er keine stattgehabte Verletzung angegeben.

Auch Herr Dr. K., Assistent an der Hi.'schen Augenklinik, wohin N. von Herrn Dr. He. zur Berathung geschickt worden

war, bekundet nach den Aufzeichnungen im Krankenjournal, dass N. bei seiner ersten Untersuchung am 10. Januar nichts von einer Verletzung erwähnt habe. Dasselbe war am 7. Februar laut Aussage des Dr. K. der Fall, wo N. sich wieder in der Hi.'schen Klinik mit der Klage vorstellte, er könne am rechten Auge nicht gut sehen und habe an demselben Flimmern. Erst nach seiner Aufnahme in die Anstalt, nachdem er über eine vorher stattgehabte Verletzung befragt worden war, gab er an, eine solche erlitten zu haben. Man erhält durch diese Aussagen sofort den Eindruck, dass N. zunächst gar nicht daran gedacht hat, die von ihm bemerkte Sehstörung mit einer Verletzung in Verbindung zu bringen. Er würde doch sonst gewiss nicht ermangelt haben, dieselbe den Aerzten zu berichten, und würde auch schwerlich daran gedacht haben, dass seiner Sehstörung durch eine Aenderung seiner Brille abzuhelfen sei. Diese Vermuthung wird durch die am 30. Dezember 1897 abgegebene Erklärung des N. vollkommen bestätigt, dass er erst durch eine Aeusserung des Dr. K. darauf gekommen sei, dass sein Augenleiden durch den Unfall vom 5. Januar entstanden sein müsse. Hiermit erledigt sich auch der Einwand, den N. gegen den Bericht des Dr. K. erhoben hat, wonach er bei seinem ersten Besuch in der Hi.'schen Klinik zwar nicht dem Dr. K. der ihn damals gar nicht untersucht habe, sondern einem ausländischen Arzt, dessen Namen er nicht kennt, die stattgehabte Verletzung geklagt habe.

Da N. vor dem 5. Februar nicht einmal an die Möglichkeit dachte, den Unfall mit der Sehstörung an seinem rechten Auge in Zusammenhang zu bringen, so kann auf seine spätere Aussage und die Angabe seiner Ehefrau, dass er gleich nach dem Unfall oder am nächsten Tage Flimmern vor dem Auge bemerkt habe, wenig Werth gelegt werden, um so weniger als er selber bei der ersten Vernehmung angegeben hat, „einige Tage“ nach dem Unfall Flimmern bemerkt zu haben. Man kann nur soviel als festgestellt betrachten, dass ungefähr um die Zeit, wo N. eine Kontusion an seinem Kopf erlitt, er anfing, eine Sehstörung an seinem rechten Auge zu bemerken, wobei es sich also um ein rein zufälliges Zusammentreffen gehandelt haben kann.

Aus den Angaben der Zeugen R. und Ho. und der Ehefrau des N. ist zu entnehmen, dass es sich um eine einfache Kontusion des Kopfes mit einer geringen Hautabschürfung gehandelt hat. Diese blieb ohne weitere sonstige Folgen, wie daraus hervorgeht, dass N. seine Arbeit überhaupt nicht zu unterbrechen brauchte, und dass fünf Tage nachher die Aerzte keinerlei Spuren einer Verletzung an ihm bemerkt haben. Wie unerheblich N. selber die Verletzung anfangs vorkam, geht auch daraus hervor, dass er sich hinterher nicht einmal mehr auf den Tag des Unfalls besinnen konnte.

Nach den vorliegenden Erfahrungen und Kenntnissen über die Entstehungsweise der Netzhautablösung muss ich es als vollkommen ausgeschlossen betrachten, dass eine Netzhautablösung an einem vorher völlig gesunden Auge selbst durch eine erheblichere Verletzung entsteht, welche nur die Umgebung des Auges, nicht aber das Auge selbst trifft. Ich will nicht bestreiten, dass, wie Herr Dr. K. annimmt, an einem schon vorher erkrankten und zu Netzhautablösung disponirten Auge eine starke Erschütterung des Kopfes die Entstehung der Netzhautablösung zum Ausbruch bringen kann, die aber in solchem Falle auch bei einem anderen geringfügigen Anlass oder auch von selbst erfolgen kann. Da aber das Auge des N. seiner eigenen Angabe nach und auch nach dem Ergebniss der Untersuchungen des Sanitätsraths Dr. He. und der Hi.'schen Augenklinik vorher völlig gesund und nur presbyopisch war, so ist die Annahme ausgeschlossen, dass die Netzhautablösung mit der Erschütterung des Kopfes in irgend eine ursächliche Beziehung zu bringen sei. An eine traumatische Entstehung der Netzhautablösung ist aber schon deshalb nicht zu denken, weil im weiteren Verlauf der Krankheit sich in dem Vorhandensein eines Aderhautsarkoms die wahre Ursache derselben zur Evidenz herausgestellt hat.

Es ist eine jedem Augenarzt bekannte Thatsache, dass eine Aderhautgeschwulst im ersten Stadium oft durch eine scheinbar einfache Netzhautablösung verdeckt und erst im weiteren Verlauf erkennbar wird. Es muss daher unter gewissen Umständen, wenn keine sonstige Ursache der Netzhautablösung vorliegt, stets an die Möglichkeit gedacht werden, dass ein Aderhautsarkom zu Grunde liege und Herr Dr. K. hat deshalb mit vollem Recht schon am 28. Juli, wo die Diagnose des Aderhautsarkoms noch nicht gestellt werden konnte, auf diese Möglichkeit hingewiesen. Nachdem dieser Verdacht später durch den weiteren Krankheitsverlauf und durch die Untersuchung des herausgenommenen Auges bestätigt worden ist, besteht für mich nicht der geringste Zweifel, dass diese Geschwulst schon am Anfang vorhanden war und die Netzhautablösung hervorrief.

Mit dieser Annahme steht es durchaus nicht im Widerspruch, dass das rechte Auge des N. vor dem Unfall vollkommen gutes Sehvermögen besessen hat, wie es ja auch noch bei der ersten Untersuchung in der Hi.'schen Klinik gefunden wurde. Gerade im vorliegenden Falle konnte die Geschwulst wegen ihres Sitzes im allervordersten Theile des Auges erst zu einer Zeit erheblichere Sehstörung machen, wo sie schon zu ausgedehnterer Netzhautablösung führte, d. h. erst nach längerem Wachsthum, und selbst da bestand noch Sehschärfe ½, als schon eine grosse Netzhautablösung vorhanden war. Da das Wachsthum der Aderhautsarkome meistens ein sehr langsames ist und sich oft über viele Jahre hinzieht, so ist es mit allergrösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beginn der Sarkomentwickelung beträchtlich früher stattfand, als der Unfall.

Auch die Zeit zwischen dem Auftreten der Netzhautablösung und dem Eintritt entzündlicher Erscheinungen, welche zur Enucleation führten, ist, nach den vorliegenden Erfahrungen bei N. durchaus keine auffallend lange, so dass auch hierin kein Grund gefunden werden kann, eine Entstehung des Tumors nach Eintritt des Unfalls anzunehmen. Nur der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass die Möglichkeit, dass Anfangs nur eine Netzhautablösung vorhanden war, und dass diese später die Aderhautgeschwulst hervorrief, ganz ausser Betracht zu bleiben hat, weil eine Netzhautablösung überhaupt nicht im Stande ist, eine Aderhautgeschwulst zu erzeugen.

Dieselben Gründe, welche oben gegen die Annahme angeführt wurden, dass die Netzhautablösung durch die Erschütterung des Kopfes bewirkt worden sei, gelten in noch höherem Masse, wenn der Versuch gemacht werden sollte, die Entstehung des Aderhautsarkoms auf diese Verletzung zurückzuführen. Wenn auch die Annahme, dass Verletzungen bei der Entstehung dieser Geschwülste eine gewisse Rolle spielen, durch einige Beobachtungen gestützt wird, so ist doch die Zahl der Fälle, wo ein solcher Zusammenhang mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, sehr gering, und wenn überhaupt, so kann hier nur solchen Verletzungen, welche das Auge direkt treffen und eine auch objektiv nachweisbare Schädigung desselben herbeiführen, ein Einfluss zugeschrieben werden.

Es bleibt nun noch übrig, dem Wunsche des Reichs-Versicherungsamts entsprechend, die Frage von dem Gesichtspunkt aus zu beleuchten, dass die Verletzung das Auge direkt getroffen haben könnte. Da aber diese Annahme sich weder auf die Angabe des Klägers oder der

eugen, noch auf den Zustand des Auges kurz nach der Verletzung stützen kann, sondern lediglich auf die subjektive Ansicht des Professors F. in dem letzten von ihm abgegebenen Gutachten, so lässt sich eine Kritik dieses Gutachtens nicht umgehen. Es ist dies um so mehr nothwendig, weil er sich dabei auf völlig missverstandene Aeusserungen von mir in einer Arbeit beruft, in welcher ich die Frage der traumatischen Entstehung der Aderhautsarkome besprochen habe.

Herr Professor F. geht von der auch von mir vertretenen Ansicht aus, dass zwischen einer Verletzung und einem Aderhautsarkom nur dann eine ursächliche Beziehung angenommen werden könne, wenn die Verletzung das Auge direkt getroffen hat. Er nimmt nun einfach dasjenige, was erst zu beweisen ist, nämlich den ursächlichen Zusammenhang zwischen Aderhautgeschwulst und Verletzung im vorliegenden Falle als feststehend an und kommt dadurch zu der merkwürdigen Schlussfolgerung, dass N. selbst und die Zeugen sich geirrt haben müssten, und dass die Verletzung im Gegensatz zu deren Aussagen nicht nur den Kopf, sondern auch das Auge getroffen habe. Eine solche Schlussfolgerung wäre aber nur dann gerechtfertigt, wenn alle Aderhautsarkome durch Verletzung entständen, was nicht entfernt zutrifft und auch von Professor F. selbst nicht angenommen wird. Da er sich auf meine Arbeit beruft, so sei als Ergebniss derselben hier nur kurz angeführt, dass die Zahl der Fälle, wo ein solcher Zusammenhang mit einiger Wahrscheinlichkeit nachgewiesen wurde, sich als noch kleiner herausgestellt hat, als man bisher annahm, und dass die Verletzung wohl überhaupt nicht die direkte und einzige Ursache ist, sondern nur als Anlass wirkt, welcher schon vorher vorhandene Keime zum Wachsthum bringt.

Unter diesen Umständen muss meiner Meinung nach die zweite der von dem Reichs-Versicherungsamt aufgestellten Möglichkeiten, dass nämlich eine Verletzung des Augapfels selbst als erwiesen angenommen werde, aus dem Bereich des von mir zu erstattenden Gutachtens ausscheiden. Ich kann es wenigstens nicht für meine Aufgabe ansehen, die möglichen Folgen eines Vorkommnisses zu beleuchten, für dessen thatsächliches Vorhandensein im gegebenen Falle mir jeder Anhaltspunkt zu fehlen scheint.

Zum Schlusse fasse ich meine Ansicht über den vorliegenden Fall nochmals kurz zusammen:

1. Das Auge des N. ist durch ein Aderhautsarkom verloren gegangen, dessen erstes nachweisbares Zeichen die im Februar 1897 konstatirte Netzhautablösung war.

2. Weder das Aderhautsarkom, noch die Netzhautablösung sind durch die im Anfang des Januar 1897 stattgehabte Verletzung des Kopfes des Klägers hervorgerufen worden.

3. Es ist mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass das Aderhautsarkom schon vor der Verletzung begonnen, aber bis dahin sich durch keine auffälligen Erscheinungen bemerkbar gemacht hatte.

4. Das Auftreten der ersten Erscheinungen von Sehstörung kurz nach der Verletzung beruht auf einem zufälligen Zusammentreffen.

Heidelberg, den 8. August 1899.

Der Direktor der Grossh. Universitäts-Augenklinik
Professor Dr. Th. Leber.

Nachtrag:

Der gefälligen Aufforderung vom 25. Oktober d. J., betreffend die Unfallsache N., entspreche ich nach Kenntnissnahme der Schrift des Herrn Vertreters des Klägers durch Abgabe des folgenden Ergänzungsgutachtens:

Auf die mir vorgelegte Frage,

„ob durch die Erschütterung des Kopfes, die der Kläger bei dem Unfall erlitten, der Eintritt der Netzhautablösung an dem später verloren gegangenen Auge wesentlich beschleunigt worden ist,“

erwidere ich Folgendes:

Wie aus meinem ausführlichen Gutachten hervorgeht, steht es für mich vollkommen fest, dass die Netzhautablösung und damit die Erblindung durch das Aderhautsarkom herbeigeführt worden ist. Es kann sich also nur darum handeln, ob die Netzhautablösung, welche unter allen Umständen eintreten musste, früher erfolgt ist, weil eine Erschütterung den Kopf traf, mit anderen Worten, ob der Kläger ohne den Unfall wahrscheinlich noch Jahre lang in ungestörtem Gebrauche seines Auges geblieben wäre.

Diese Frage muss ich unbedingt nach allen vorliegenden Erfahrungen verneinen.

Die Netzhautablösung beim Sarkom entsteht dadurch, dass Flüssigkeit, welche von dem Tumor abgesondert wird, die Netzhaut emporhebt und gegen den Glaskörper drängt. Die Netzhaut ist dabei nicht beweglich, wie bei anderen Formen der Ablösung; deshalb kann auch eine starke Erschütterung des Kopfes keinen Einfluss auf ihre Lage haben.

Etwas anders kann sich die Sache verhalten bei der gewöhnlichen spontanen Form der Netzhautablösung, die in anderer Weise entsteht; hier ist es wenigstens denkbar, dass eine Erschütterung des Kopfes einen gewissen Einfluss auf die Entstehung der Ablösung hat. Nur auf solche Fälle, nicht aber auf Augen mit Sarkom der Aderhaut bezieht sich der Satz meines Gutachtens: „Ich will nicht bestreiten, dass an einem schon vorher erkrankten und zu Netzhautablösung disponirten Auge eine starke Erschütterung des Kopfes die Entstehung der Netzhautablösung zum Ausbruch bringen kann u. s. w.“

Dass derselbe in diesem Sinne aufzufassen ist, geht aus dem Zusammenhange hervor, hätte allerdings vielleicht noch schärfer betont werden können.

Heidelberg, den 2. November 1899.

Der Direktor der Grossh. Universitäts-Augenklinik
Th. Leber.

Das Obergutachten ist erfordert worden, weil ein Augenarzt, Prof. Dr. F., sich bestimmt für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Augenleiden ausgesprochen und sich dabei auf eine Abhandlung des Professors Dr. Leber über die Bedeutung von Verletzungen des Auges für die Entstehung von Aderhautsarkomen berufen hatte. Diese Ansicht ist nach der Ueberzeugung des Rekursgerichts durch das Obergutachten nebst Nachtrag — das sich übrigens in Uebereinstimmung mit der Beurtheilung dreier anderer in der Sache gehörter Augenärzte befindet — widerlegt. Es ist deshalb der weitere Antrag, ein Obergutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen in Berlin einzufordern, abgelehnt und unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurtheils, durch welches dem Kläger die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit gewährt worden war, der ablehnende Bescheid der Berufsgenossenschaft wiederhergestellt worden.

Rentenbemessung beim Vorhandensein einer Wunde, die bald offen, bald geschlossen ist.

Entsch. vom 16. Dezember 1899.

F. P. in F. bezog seit dem 1. April 1898 von der Fuhrwerksberufsgenossenschaft in Folge eines am 6. August 1896 erlittenen Betriebsunfalles, bestehend in einer Verletzung des linken Unterschenkels, 10 Prozent der vollen Rente. Nachdem P. ein Jahr ohne Unterbrechung gearbeitet hat, musste er sich am 22. Juni 1898 wegen eingetretener Verschlechterung seines Zustandes in ärztliche Behandlung begeben, aus welcher er am 15. September 1898 als gebessert wieder entlassen

wurde. Durch Bescheid vom 5. Oktober 1898 wurde ihm auf Grund des Gutachtens des Dr. L. vom 15. September 1898 für die genannte Zeit der ärztlichen Behandlung die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit und vom 16. September 1898 ab die 10prozentige Rente weiter bewilligt. Hiergegen hat P. unter dem 19. Oktober 1898 rechtzeitig Berufung eingelegt, mit der Bitte, ihm eine Rente für halbe Erwerbsfähigkeit bewilligen zu wollen, da sich sein Zustand verschlechtert habe. Das Schiedsgericht änderte darauf den Bescheid der Berufsgenossenschaft ab, indem u. A. ausgeführt wurde: Nach dem Obergutachten des Kgl. Bezirks-Physikus Sanitätsrath Dr. B. vom 29. November 1898 besteht bei dem Kläger am linken Unterschenkel von seiner Verletzung her, noch immer ein chronisch entzündlicher Prozess an dem oberen Ende des linken Schienbeins. In Anbetracht des chronischen Verlaufs solcher Krankheitszustände muss angenommen werden, dass die Verschlimmerung, wie sie im Juni dieses Jahres die Aufnahme in das Krankenhaus zur Folge hatte, am 15. Oktober 1898 nach dem Gutachten des Dr. L. wieder gehoben war, dass sie aber seitdem sich in schleichender Weise wieder eingestellt und, wie P. angiebt, am 15. November 1898 zum Aufbruch der Narbe geführt habe. Wenn auch, wie Dr. B. annimmt, die Einbusse zu jener Zeit mit 10 Prozent angemessen abgeschätzt worden war, so ist in dem Zustande des Klägers gegenwärtig, und zwar seit dem 15. November 1898, eine solche Verschlimmerung eingetreten, dass derselbe der ärztlichen Behandlung bedürftig und völlig erwerbsunfähig ist. Diesem einwandfreien und überzeugenden Gutachten des beamteten Arztes, welcher dem Schiedsgericht auf dem Gebiete der Unfallheilkunde hervorragend bekannt ist, hat sich der Gerichtshof ohne Bedenken angeschlossen und hat deshalb die Berufsgenossenschaft für verpflichtet erachtet, dem Kläger vom 15. November 1898 ab die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu zahlen. Gegen diese Entscheidung hat die Berufsgenossenschaft durch ihren Geschäftsführer Z. Rekurs eingelegt und zunächst die Wiederherstellung des Bescheides vom 5. Oktober 1898, sodann aber die Bemessung der Rente des Klägers für die Zeit vom 15. November 1898 bis 15. Februar 1899 auf 25 und seitdem auf 10 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit beantragt. Das Rekursgericht hatte in einem Verhandlungstermin Beweisaufnahme darüber beschlossen, in welchem Grade der Kläger mit Rücksicht darauf, dass sich die Wunde an seinem linken Schienbein zeitweise schliesse, zeitweise wieder öffne, in seiner Erwerbsfähigkeit durch den Unfall durchschnittlich geschädigt werde. Der Amtsvorsteher in Lichtenberg hat auf das an ihn gerichtete Ersuchen um Feststellung, während welcher Zeit der eine und der andere Zustand seit dem 15. November 1898 bestanden habe, einen Bericht vom 11. Oktober 1899 eingereicht. Ferner hat der Bezirksphysikus, Sanitätsrath Dr. B. ein Gutachten am 28. Oktober 1899 erstattet. P. hat erklärt, dass er bis Mitte Februar 1899 nur wenige Stunden am Tage gefahren sei und einige Tage in jeder Woche die Arbeit ausgesetzt habe, auch zur Verrichtung schwerer Arbeit unfähig gewesen sei. Er habe von seinem Lohne täglich 75 Pf. an den Wagenwäscher B., der ihm diese Arbeit abgenommen habe, abgeben müssen, und sei auch heute noch nicht im Stande, das Wagenwaschen und ähnliche Arbeiten zu verrichten. Er beanspruchte vom 15. November 1898 bis 15. Februar 1899 eine Rente von 50, seitdem von 25 Prozent. Das Reichsversicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten G. änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Durch den angefochtenen Bescheid ist dem Kläger in der Erwägung, dass die Wunde an seinem linken oberen Schienbein sich am 22. Juni 1898 von Neuem geöffnet, aber am 15. September 1898 wieder geschlossen habe, für die Zeit bis zum 15. September 1898 die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit, von da ab eine Rente von 10 Prozent jener Rente bewilligt worden. Das Schiedsgericht hat auf Grund des Gutachtens des Bezirksphysikus Sanitätsraths Dr. B. in B. vom 29. November 1898, wonach die Wunde sich Mitte November 1898 abermals geöffnet habe, dem Kläger von diesem Tage ab die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zugesprochen. Die Rentenbemessung kann gegenüber dem Ergebniss der vom Rekursgericht veranlassten Beweisaufnahme nicht aufrecht erhalten werden. Aus dem in der Rekursinstanz erstatteten Gutachten des Sanitätsraths Dr. B. ergiebt sich, dass der Kläger nach seiner eigenen dem Sachverständigen gegenüber abgegebenen Erklärung selbst in der auf Mitte November 1898 folgenden Zeit, also während des Bestehens der offenen Wunde, seine Berufsthätigkeit, wenn auch angeblich nur nothdürftig, ausgeübt hat, dass er auch während dieser Zeit seine Droschke gefahren und nur die mit seinem Berufe verbundenen besonders schweren Arbeiten Anderen übertragen hat. Nach dem Berichte des Amtsvorstehers hat ferner der Kläger zugegeben, dass auch in der Zeit vom 15. November 1898 bis Mitte Februar 1899 seine Wunde nicht immer offen, sondern zeitweise mit einer, wenn auch nur dünnen Haut bedeckt gewesen sei. Auf Grund dieser Umstände hat der Sachverständige seine frühere Schätzung dahin berichtigt, dass der Kläger in der Zeit von Mitte November 1898 bis Mitte Februar 1899 um 25 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei, und dieser Auffassung entgegenzutreten, fehlt um so mehr ein Anlass, als der Kläger vor dem Sachverständigen ausdrücklich erklärt hat, er wolle sich mit der Berufsgenossenschaft auf eine Rente in der gedachten Höhe für jenen Zeitraum einigen. Seit dem 16. Februar 1899 ist nach der eigenen, sowohl vor dem Amtsvorsteher als auch vor dem Sachverständigen abgegebenen Erklärung des Klägers seine Wunde dauernd geschlossen. Für die Festsetzung einer Durchschnittsrente im Hinblick auf den bald offenen, bald geschlossenen Zustand der Wunde ist hiernach kein Raum. Vielmehr ist die Rente seit dem 16. Februar 1899 unter Zugrundelegung des gegenwärtigen vereinbarten Zustandes der Wunde zu bemessen, vorbehaltlich des Rechts des Klägers, für den Fall des Wiederaufbruchs der Narbe eine Erhöhung der Rente zu fordern. Da gegenwärtig nur eine geringe Verdickung des Schienbeins und eine durch die Beschaffenheit der Narbe bedingte unbedeutende Gebrauchsstörung des Beins besteht, so scheint der durch den Unfall bewirkte Nachtheil durch die vom Sachverständigen für diese Zeit zugebilligte Entschädigung von 10 Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit genügend ausgeglichen. — Es war daher nach dem der Schätzung des Sachverständigen entsprechenden neueren Antrage der Berufsgenossenschaft zu erkennen, während der weitergehende Antrag des Klägers als unbegründet zurückgewiesen wurde. M.

Betriebsunfall liegt nicht vor. Selbstmord.

Rek.-Entsch. v. 10. November 1900.

Der Lehrhauer C. F. D. aus Glashütte H. ist am 9. September 1899, Morgens gegen 4 Uhr im Sumpfe des Muldenschachtes auf dem Steinkohlenbergwerk cons. Abendröthe-Grube in Folge doppelten Schädelbruchs und mit gebrochenen Armen und Beinen todt aufgefunden worden. Der Anspruch der Wittwe auf Gewährung der Wittwenrente ist vom Sektionsvorstande abgelehnt worden, weil der Nachweis eines Betriebsunfalles nicht erbracht, vielmehr anzunehmen sei, dass D. in den Schacht hinabgesprungen, also freiwillig in den Tod gegangen wäre. Auch das Schiedsgericht hat es für ausgeschlossen erachtet, dass der Tod des D. mit den besonderen

lem Bergbau eigenthümlichen Gefahren in einem ursächlichen Zusammenhang stehe, vielmehr sprächen alle Umstände für lie Annahme eines Selbstmordes in einem solchen Grade, dass auch die Vorgesetzten und Mitarbeiter des D. sich den Tod nicht anders zu erklären vermöchten. Das Motiv für den Selbstmord sei in seinen nicht glücklichen Familienverhältnissen zu suchen. Die Berufung wurde daher verworfen. Gegen diese Entscheidung hat die Wittwe Rekurs eingelegt und behauptet, dass sie mit ihrem verstorbenen Ehemann völlig ausgesöhnt gewesen sei, wie Zeugen bekunden können, dass auf einen Betriebsunfall geschlossen werden müsste, weil die Uhr und die Fussbekleidung bei der Leiche nicht gefunden seien. Es sei anzunehmen, dass er in den Fördertrum gerathen sei, weil vielleicht eine Lampe verlöscht sei, oder bei Verrichtung der Nothdurft. Ein Selbstmord sei auch nicht wahrscheinlich, weil er am Todestage die beim Tischler W. bestellten Sachen habe abholen wollen.

Der Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Das schiedsgerichtliche Urtheil ist auf die Unfalluntersuchungsverhandlung des Königl. Bergrevierbeamten zu W. vom 9./11. September 1899 gestützt. Es verhält sich über alle in Betracht kommenden Umstände. Seinen Ausführungen, welche auch die von der Klägerin im Rekurse vorgebrachten Behauptungen erledigen, ist überall beizutreten. Es ist insbesondere anzunehmen, dass der verstorbene Lehrhauer D., dessen Arbeitsort etwa 100 m von dem Schacht entfernt war, an dem seine Leiche aufgefunden wurde, in der zweiten Tiefbausohle im Fahrthurm des Muldenschachtes auf den Leitern bis zur Mittelsohle emporgestiegen ist und dann auf dem in dem Urtheil des Schiedsgerichts beschriebenen Wege bis an das Fördertrum gelangt und hier vom Schachtrande in dem Fördertrum 61 m tief hinabgestürzt ist, nachdem er die Thür, die das Fördertrum gegen den Füllort abschliesst, hinter sich wieder verschlossen, die vor dieser Thür angebrachte Barriere aber offen gelassen hatte.

Schon hierdurch ist ein unbeabsichtigtes Hineingerathen in das Fördertrum ausgeschlossen und namentlich die Rekursbehauptung widerlegt, dass D. in das Fördertrum gerathen sei, weil vielleicht die Lampe verlöscht sei oder er eine zur Verrichtung der Nothdurft geeignete Stelle habe aufsuchen wollen, wozu ihm als einem mit der Oertlichkeit bekannten Arbeiter an anderen Orten Gelegenheit gegeben war. Es ist aber auch darin dem Schiedsgericht beizutreten, dass die in den Familienverhältnissen liegenden Beweggründe die That offenbar ausreichend erklären. Sein vor derselben beobachtetes hochgradig aufgeregtes Benehmen und die Abweisung der gemeinschaftlichen Ein- und Ausfahrt häufen die Gründe, die für die Annahme eines Selbstmordes sprechen, so dass sie durch die einige Tage vorher geschehene Aussöhnung mit der Klägerin nicht beseitigt werden können. Hierzu reicht auch die von D. gehegte Absicht nicht aus, die bei dem Tischler W. bestellten Hausgeräthe abzuholen. Der Umstand, dass die Leiche mit unbekleideten Füssen vorgefunden ist, ist durch das Schiedsgericht hinreichend begründet, welches mit Recht darauf hinweist, dass auch der Steiger und die Mitarbeiter des D. sich eine andere Ursache des Todes nicht vorstellen können. Auch nach der Auffassung des Rekursgerichts ist der Tod aus den angegebenen überwiegenden Gründen auf die freie Entschliessung des D. zurückzuführen. (Compass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsschädliches Geräusch.

Entsch. vom 17. Dezember 1900.

Der Eigenthümer N. hatte ein polizeiliches Verbot erhalten, auf seinem Grundstücke eiserne Träger zerschlagen zu lassen, da das dabei entstehende Geräusch geeignet sei, die Gesundheit nervöser Personen in einem benachbarten Wohngebäude zu gefährden. Die von N. erhobene Klage wurde vom Bezirksausschuss abgewiesen und das Oberverwaltungsgericht verwarf die Revision des Klägers, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde. Der Bezirksausschuss geht davon aus, dass die Polizeibehörde die Verursachung von Geräuschen, die die Gesundheit zu gefähren vermögen, auch dann schon verbieten darf, wenn die Geräusche sich derart nur für ein Gebäude oder auch nur für ein Zimmer dieses Gebäudes fühlbar machen und wenn sie auch nur die Gesundheit nervöser Personen zu gefärden vermögen, gleichviel ob sich bei Erlass der Verfügung in dem betreffenden Gebäude, oder Zimmer bereits nervöse Personen, deren Gesundheit gefährdet werden konnte, aufhielten, oder ob dies nicht der Fall ist. Hiermit befindet er sich im Einklange mit der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts, an der auch gegenüber den Ausführungen von Rosin im Verwaltungsarchiv Bd. III S. 307, 309/310 festzuhalten ist. Die thatsächliche Feststellung des Vorderrichters aber, dass die Geräusche, die durch das Zerschlagen eiserner Träger auf dem Grundstück des Klägers verursacht werden, sich in dem benachbarten Wohngebäude des Kreisphysikus Dr. L. und insbesondere in seinem Arbeitszimmer in einer Art fühlbar machen, dass sie die Gesundheit nervöser Personen, wenn sie hier Aufenthalt nehmen, gefährden, ist frei von wesentlichen Mängeln des Verfahrens. Allerdings weichen hierüber die Gutachten des Kreiswundarztes Dr. K. und des Arztes Dr. D. ab. Dass der Vorderrichter aber gleichwohl von der Erforderung eines weiteren Gutachtens abgesehen hat, und dem Gutachten des Dr. K. gefolgt ist, lässt sich als eine in sein Ermessen gestellte Beweiswürdigung mit der Revision umsoweniger bekämpfen, als der Vorderrichter für die vorzugsweise Glaubwürdigkeit des Dr. K. erwogen hat, dass er und nicht auch Dr. D. die Wirkung der Geräusche von dem Wohngebäude des Kreisphysikus aus erwogen hat. Keinesfalls bestand für den Vorderrichter eine Nöthigung, dem Dr. K. die Glaubwürdigkeit wegen seiner dienstlichen Beziehung zu dem Kreisphysikus, auf dessen Anregung dem Kläger das Zerschlagen von Trägern polizeilich untersagt worden ist, abzusprechen. Ob bei völlig freier Prüfung zu dem Ergebniss des Vorderrichters zu gelangen wäre, kann, da sie hier nicht stattfindet, dahin gestellt bleiben, da es bei seiner Entscheidung bewenden muss, weil die Gefährdung der Gesundheit nervöser Personen in einer unanfechtbaren Art festgestellt ist. Dass der Kläger auf seinem Grundstück schon seit langer Zeit und vor Erbauung des Dr. C.'schen Wohngebäudes eiserne Träger hat zerschlagen lassen, ist unerheblich, da der Erwerb eines Rechts, vermöge dessen die Ortspolizeibehörde von der Ausübung ihrer gesetzlich begründeten Befugniss ausgeschlossen werden könnte, gar nicht in Frage kommen kann. Andererseits ist schon in der angegriffenen Verfügung bemerkt, dass dem Kläger das Zerschlagen eiserner Träger auf seinem Grundstück dann unbenommen ist, wenn er dies unter Umständen auszuführen vermag, dass die Gefährdung der Gesundheit vermieden wird. M.

Sinnlose Trunkenheit keine Krankheit.

Entscheidung vom 21. Juni 1899.

Der Kläger hat seinen Ersatzanspruch darauf gegründet, dass der von ihm vom 17. bis 18. Januar 1898 verpflegte Arbeiter Max L. in das Krankenhaus entweder wegen sinnloser Trunkenheit oder wegen eines Krampfanfalles aufgenommen worden sei, wobei der Kläger davon ausgegangen ist und noch ausgeht, dass sinnlose Trunkenheit eine Krankheit sei. Diese Auffassung hat der Vorderrichter mit Recht als irrthüm-

lich verworfen. Sinnlose Trunkenheit als ein Zustand, bei dem in Folge Trunks geistiger Getränke die Besinnung vorübergehend verloren gegangen, ist in der Regel keine Krankheit. Besondere Umstände dafür, dass eine Störung der Gesundheit anzunehmen war, hat der Kläger nicht behauptet. Es ist dem Vorderrichter jedoch auch darin beizutreten, dass für ihn gegenüber der unbestimmten Behauptung des Klägers kein Anlass vorlag, von Amtswegen — ein Beweismittel hatte der Kläger nicht angegeben — in eine Beweiserhebung darüber zu treten, ob ein Krampfanfall und nicht sinnlose Trunkenheit die Aufnahme des L. in das Krankenhaus veranlasst hat. Der Arzt des Krankenhauses hat überdies, wie der Vorderrichter feststellt, bescheinigt, dass L. sinnlos betrunken gewesen ist; danach hat der Kläger keinen Grund zur Beschwerde darüber, dass der Vorderrichter seinen Ersatzanspruch abgewiesen hat, weil L. nicht krank gewesen sei.

(Arbeiterversorg. 1899, No. 35.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

O. Zuckerkandl, Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. Verlag J. F. Lehmann, München 1901. 12.— M.

Der Atlas erscheint innerhalb dreier Jahre in 2. Auflage und zwar wesentlich verbessert und vermehrt. Von den Abbildungen der 1. Auflage sind einige wenige als minderwerthig fortgelassen; hinzugefügt sind 16 farbige Tafeln und 61 schwarze Abbildungen in durchweg vorzüglicher Ausführung. Wenn hie und da eine Tafel auf den ersten Blick nicht sofort verständlich erscheint, so hat dieses grösstentheils seinen Grund in der möglichst vollständigen Wiedergabe der in dem jeweiligen Operationsfelde zu Tage tretenden Gebilde; hier musste auch zu einer schematisirenden Darstellung gegriffen werden.

Geradezu ideal sind die Abbildungen und Tafeln, welche einfachere anatomische Verhältnisse wiedergeben, z. B. die Darstellungen der Radikaloperation des Leistenbruches nach Bassini. Besonders ausführliche bildliche Wiedergabe ist den operativen Eingriffen an den Eingeweiden der Bauchhöhle zu Theil geworden; nur die Operationen an den Gallenwegen erscheinen ohne jede Abbildung.

Aber nicht nur die atypischen und dem Chirurgen vom Fach reservirten Operationen haben im vorliegenden Atlas ihre Besprechung erfahren, auch die im Operationskursus zur Einführung in die Operationslehre geübten Eingriffe sind eingehend besprochen und in vortrefflichen Abbildungen dargestellt. Ein Blick auf die Tafel genügt für den Operateur, um sich vor Beginn des Eingriffs die anatomischen Verhältnisse, die Schnittführung u. s. w. ins Gedächtniss zurückzurufen. Ref. hat deshalb gefunden, dass sich gerade die Studirenden in Operationskursen mit Vorliebe dieses Atlasses bedienen. Es sei bemerkt, dass auf Tafel 25 der Nervus vagus zwischen der Carotis und der Vena jugularis erscheint, während er an dieser Stelle hinter den genannten Gefässen liegt.

Bei der grossen Fülle der zur Darstellung gelangten Eingriffe ist die kleine Chirurgie nicht zu kurz gekommen. Die Entfernung der Mandeln, die Operation des Wasserbruchs, der Phimose u. s. w. sind in Wort und Bild eingehend behandelt. Besonders aufmerksame Darstellung haben die sog. Nothoperationen, Kehlkopfschnitt, Eingriffe bei eingeklemmten Brüchen, das gesammte Verfahren bei Harnverhaltung u. s. w. gefunden.

Der Text ist kurz und knapp. Er enthält die Indikationsstellung für die einzelnen Operationen, Angaben über zweckmässige Lagerung des Kranken während des Eingriffes, sogar kurze Notizen über die geschichtliche Entwicklung einiger Operationen. Was sich im Uebrigen mit wenigen Worten nicht klarlegen und beschreiben liess, ist den bildlichen Darstellungen überlassen.

So tritt uns denn in der 2. Auflage des Atlasses ein Werk entgegen, welches in Bezug auf die grosse Anzahl und Vortrefflichkeit seiner Abbildungen und in Rücksicht auf die Kürze und Klarheit des darstellenden Textes hinter keinem ähnlichen zurücksteht. Besonders der Studierende und der in allgemeiner praktischer Thätigkeit stehende Arzt werden den grössten Nutzen aus ihm ziehen; ihnen sei das genaue Studium desselben warm empfohlen. Aber auch der Chirurg von Fach wird bei einzelnen seltener vorkommenden Operationen den Atlas gern zu Rathe ziehen. Nhs.

Flachs, Dr. Richard, Oberarzt am Säuglingsheim in Dresden. Die Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre. Verlag von Böhmert. 1900.

Auf den kleinen Raum von 62 Seiten bringt der Verfasser eine überraschende Fülle von Thatsächlichem; freilich musste er sich dabei — und er hat dies mit Absicht gethan — auf Depeschenstil beschränken, und somit fehlt dem Büchlein leider der pädagogische Werth: die Anregung zum Nachdenken, zur Aneignung des Stoffes durch Verständniss, was man eben nur erreichen kann, wenn man neben dem „Was" und „Wie" auch das „Warum" erörtert. Es wird sich vorzüglich dazu eignen, dem Hausarzt zur Grundlage und gedruckten Fixirung seiner mündlichen Rathschläge zu dienen, die ja das „Warum" nicht unbeachtet lassen werden. Natürlich kann man bei dem reichen Stoff nicht in jeder Kleinigkeit des Verfassers Ansicht teilen. So kann ich seiner grundsätzlichen Empfehlung älterer Pflegerinnen nicht zustimmen. Dieselben sind durchaus nicht zuverlässiger als junge Mädchen, sondern meist nur eigensinnig und zum Tyrannisiren geneigt; anvertrauen soll die Mutter ihr Kind aber weder der Alten noch der Jungen. Ausserdem sollte unser Streben vielmehr dahin gehen, unter Bekämpfung übel angebrachter Pruderie unsern Mädchen zwischen Puppenstube und Wochenbett eine Periode der Kinderpflege in fremdem oder verwandtem Hause zu verschaffen, dann werden sie als junge Mütter nicht auf das Vertrauen zu einer älteren Pflegerin angewiesen sein.

Ferner kann ich auch der angerathenen Badedauer von 5—10 Minuten, sowie dem täglichen Bad vor erfolgter Mumifikation des Nabelschnurrestes nicht so unbedingt zustimmen wie allem Uebrigen, auch das lange Tragen der Nabelbinde halte ich für überflüssig. Vor allem aber geht mir der Verf. in der scharfen Betonung raschen Trinkens zu weit. Gewiss gilt es hier, eingewurzelte Uebelstände zu bekämpfen, aber 10 höchstens 15 Minuten für die Mahlzeit anzusetzen, führt meines Erachtens zu extremen Massnahmen. Demgegenüber möchte ich 15 Minuten sogar als Mindestgrenze festhalten. Dieselbe erscheint mir zur Vermeidung von Verdauungsstörungen unerlässlich, welche sehr oft durch zu hastiges Trinken aus überquellender Brust oder grosslöchrigen Gummihütchen entsteht; das Kind soll eben saugen und nicht bloss herunterschlucken, was ihm in den Mund läuft. Deshalb kann ich auch die drei mit der Stricknadel in das Gummihütchen gebrannten Trinklöcher nicht gutheissen, welche garnicht fein genug sein können, natura docente; so wird die fettgedruckte (pg. 35) Hauptregel: „nicht zu viel" sicher besser beachtet sein. Bei der Behandlung der Kinderwäsche wäre ein Verbot von Soda, scharfen Seifen und Waschblau am Platze gewesen.

Alles in Allem entspricht das Büchlein in seiner Uebersichtlichkeit und trotz der Knappheit erschöpfenden Darstellung sicher seinem Zweck und wird demnach sehr bald einen grossen Freundeskreis erworben haben; um so mehr lag mir daran, kleine Abweichungen in der oder jener Anschauung zu Wort kommen zu lassen, wo sie mir praktisch von Bedeutung erschienen. Marcinowski.

Bing-Wien, Dr. A., Die Prophylaxe in der Ohrenheilkunde. Aus Nobiling-Jankau's Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung VIII. München 1900. Verlag von Seitz & Schauer. Preis 1 M.

Der erste, „allgemeine Prophylaxe" betitelte Abschnitt enthält sehr beherzigenswerthe praktische Winke gegen übertriebene Toilette-Manipulationen am äusseren Gehörgang, gegen das unnütze Verstopfen des gesunden Gehörgangs mit Watte und gegen einige beliebte Volks-Hausmittel. Aber auch der 2. Theil, „die spezielle Prophylaxe", ist reich an solchen praktischen Winken. Gleich im ersten Kapitel, der Prophylaxe der Ohrenaffektionen in den ersten Lebensjahren gewidmet, wird vor der Durchbohrung des Ohrläppchens zum Anbringen von Ohrringen gewarnt. Im nächsten Kapitel „Prophylaxe gegen Affektionen des äusseren Ohrtheils" (warum nicht Prophylaxe der Affektionen?) ist mit Recht auf die Gefahren hingewiesen, die mit ungeschickten Versuchen, Fremdkörper zu extrahiren, verbunden sind. Auch die weiteren Abschnitte, Prophylaxe der Affektionen des Trommelfells und des Mittelohres, und hier speziell wieder die Prophylaxe der chronischen Mittelohreiterung, der persistirenden Trommelfelldefekte und der Mittelohrsklerose, und schliesslich die Prophylaxe der nervösen Affektionen des Ohres, bieten viel Lesenswerthes, und zwar gerade auch für den Nichtfach-, für den praktischen Arzt. Durch recht zahlreiche Verbreitung der Schrift unter der gesammten Aerzteschaft könnte recht Gutes gestiftet werden; die Lektüre der Arbeit ist jedem Arzte auf's Wärmste zu empfehlen. Richard Müller.

Entstehung, Verhütung und Bekämpfung des Typhus bei den im Felde stehenden Armeen. — Bearbeitet in der Medizinal-Abtheilung des Kgl. Preuss. Kriegsministeriums. Heft 17 der Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. (2. Auflage.) Mit 1 Tafel. Berlin 1901, August Hirschwald. 112 Seiten.

Die Schrift bietet in einer klassisch zu nennenden Form und Vollständigkeit einen Ueberblick über alles was vom Typhus als Kriegsseuche bekannt und wissenswerth ist; sie bietet aber darüber hinaus eigentlich alles, was vom Typhus als Seuche im allgemeinen zu sagen ist, und verdient daher nicht nur von Seiten der militärärztlichen Kreise, für die sie zunächst geschrieben ist, sondern auch von Seiten des Arztes überhaupt, insbesondere aber von Seiten des Regierungsarztes und des ärztlichen Sachverständigen eingehend der Beachtung. Namentlich aus dem Abschnitte, der die Abwehr des Typhus bei den Feldarmeen behandelt, sind die meisten Sätze ohne Weiteres auch auf Seuchen unter der sesshaften Zivilbevölkerung übertragbar, und das Gleiche gilt für die in knapper Zusammenfassung gegebenen Schlussfolgerungen. Wir glauben unseren Lesern einen Dienst zu erweisen, wenn wir sie auf diese werthvolle Arbeit aufmerksam machen.

Richard Müller.

Tagesgeschichte.

Die Wärterfrage.

Am 1. Februar bei der Berathung des Etats für das Reichsgesundheitsamt ist im Reichstage wieder einmal die Wärterfrage „angeschnitten" worden. Der sozialistische Abgeordnete Antrick trat mit der Behauptung auf, dass in den Krankenhäusern die ungelernten Wärter miserabel, die gelernten Pfleger immer noch schlecht bezahlt würden. Die Folge davon sei, dass die Wärter auf Trinkgelder und auf den Verkauf der für bestimmte Kranke extra verordneten Stärkungsmittel an andere, zahlende Kranke angewiesen seien. Wer dem Wärter nicht zahle, habe es schlecht. Auch überanstrengt würden die Wärter durch zu lange Arbeitszeit. Namen der Krankenhäuser, die er meine, nannte der Abgeordnete nicht.

Wir können nicht ohne Weiteres glauben, dass die Beschuldigungen gegen die Wärter und gegen den Krankenhausbetrieb, die da erhoben worden sind, in ihrer vollen Schwere allgemein giltig sind! Soweit sie es aber sind, was ist Schuld daran? Die mangelhafte Besoldung der Wärter — das ist ein eindruckvolles Schlagwort, aber es erschöpft bei weitem nicht alle Gründe.

[Bezüglich des Krankenhauses Moabit, gegen das der Abgeordnete früher seine Beschuldigungen gerichtet hat, wies Geheimrath Pistor nach, dass die Wärterlöhne dort ausreichend sind, und dass die Arbeitszeit in vernünftiger Weise geregelt ist.]

Ein ehrlicher Mensch greift, auch wenn er pekuniär schlecht gestellt ist, nicht zur Erpressung oder Unterschlagung, und so schlecht sind doch die Löhne nicht, dass junge, unverheirathete Leute bei freier Station durchaus nicht damit existiren könnten. Nein, die tieferen Gründe liegen anderswo: Krankenpflegen ist keine Annehmlichkeit, und wer es nicht aus idealen Beweggründen thut, der thut es gewöhnlich aus Noth. So kommen in den Wärterstand allerlei gescheiterte Existenzen hinein, von denen man dann keine moralischen Heldenthaten erwarten kann. Tritt an diese nun das zweite wichtige Moment heran, die Verlockung, welche darin liegt, eine Anzahl Menschen gewissermassen in seiner Gewalt zu haben, dann werden sie bestechlich und unehrlich. Freilich, sie könnten damit nicht soweit durchdringen, wie es Herr Antrick schildert, wenn nicht noch ein Drittes wäre: Die Indolenz der Kranken selbst. Warum bringen denn die Kranken, die solche Misstände sehen und erdulden, sie auf Umwegen an den Reichstag, warum nicht direkt an die Leitung des Krankenhauses, spätestens bei ihrer Entlassung, wenn sie die Rache des Wärters nicht mehr zu fürchten brauchen?

An all diesen Dingen würde eine höhere Besoldung der Wärter zunächst nicht zu viel ändern. Einen Einfluss auf die Zusammensetzung des Pflegerstandes — in dem übrigens, wie ich nach eigenen Erfahrungen doch feststellen möchte, die pflichttreuen und ehrlichen Leute, die es mit ihrem Beruf ernst meinen, nicht so selten sind wie es nach Antrick scheinen möchte — würde ja die Lohnerhöhung, die wir durchaus befürworten, haben, aber gegen das Eindringen unlauterer Elemente würde sie kein sicherer Schutz sein. Das Angebot an Männern, die sich den ihrem Wesen nun einmal im allgemeinen nicht recht angepassten Beruf des Krankenwärters wählen, wird eben immer verhältnissmässig klein seiu, und wenn nun das Publikum dem Arzte gegenüber erlittene Unbilden verschweigt, oder wenn man sich, wie in Irrenanstalten auf die Angaben der Kranken selbst nach keiner Richtung hin verlassen kann, wird die ohnehin schwierige Auslese der Wärter ganz vereitelt.

Ein von Vielen empfohlenes Heilmittel wäre die Schaffung eines eigentlichen **Wärterstandes** mit gründlicher Vorbildung und denjenigen Einrichtungen, die geeignet erscheinen, das Gefühl der Standesehre zu wecken und zu unterhalten. Diese Bestrebungen sind im Bereiche der sozial immer erheblich besser gestellten, in ihrer Thätigkeit selbständigeren Privatkrankenpfleger wohl aussichtsreicher als bei den Krankenhauswärtern, bei denen auch der Einwand, dass sich an das Standesgefühl Eigenmächtigkeit und Ueberhebung anschliessen würde, doppelt schwer ins Gewicht fällt.

Also — so schmerzlich es ist, das einzugestehen — die Wärterfrage, der schwierigste Theil der ganzen Kranken- und Irrenanstaltsfrage — ist noch ungelöst. Soviel steht aber fest, dass derjenige irrt, der sie als reine Geldfrage betrachtet.

Entwurf eines Unfallfürsorgegesetzes für Beamte und Personen des Soldatenstandes.

Dem Bundesrath ist der Entwurf eines Unfallfürsorgegesetzes für Beamte und Personen des Soldatenstandes zugegangen. Zur Begründung der Vorlage wird gesagt:

Nach dem Pensionsgesetz vom 15. März 1886 wird dafür gesorgt, dass den in unfallversicherungspflichtigen Betrieben beschäftigten Beamten der Reichs-Zivilverwaltung, des Reichsheeres und der kaiserlichen Marine, sowie den in solchen Betrieben beschäftigten Personen des Soldatenstandes für die Folgen der durch Betriebsunfälle herbeigeführten Dienstunfähigkeit auf dienstpragmatischem Wege eine Fürsorge gesichert ist. Die Fürsorge soll derjenigen mindestens gleichwerthig sein, die den genannten Personen nach den Unfallversicherungsgesetzen zustehen würde. Demgemäss finden die Unfallversicherungsgesetze auf die bezeichneten Personen keine Anwendung. Das Gleiche gilt von Beamten, die in Betriebsverwaltungen eines Bundesstaates oder eines Kommunalverbandes mit festem Gehalt und Pensionsberechtigung angestellt sind. Die beabsichtigte Gleichwerthigkeit der Fürsorge ist aber seit dem 1. Oktober 1900 nicht mehr vollständig gewahrt, weil mit diesem Tage die im Jahre 1900 durchgeführte Fassung der Unfallversicherungsgesetze in Kraft getreten ist und durch letztere die Bezüge der unter die Unfallversicherung fallenden Personen sowie ihrer Hinterbliebenen mehrfach günstiger gestaltet sind, als die Bezüge der nach dem Gesetze vom 15. März 1886 zu entschädigenden Beamten und Personen des Soldatenstandes. Es ist deshalb geboten, das letztere Gesetz in einigen Beziehungen zu erweitern. Daneben sollen einige bei der Handhabung des Gesetzes aufgetauchte Zweifel beseitigt und das Fürsorgegesetz mit den inzwischen erlassenen Pensionsgesetzen hinsichtlich der Mindest- und Höchstbeträge der Wittwenrenten in Uebereinstimmung gebracht werden. Voss. Ztg.

Irrengesetzgebung in Oesterreich.

In Oesterreich besteht noch heute die Regelung, die das Irrenwesen dort im Jahre 1811 erfahren hat. Nachdem Sachverständige oft genug die Unhaltbarkeit dieser Zustände betont haben, sind jetzt eine Anzahl nichtsachverständige aber „hervorragende" Personen zusammengetreten, um von einem anderen Standpunkt aus eine Reform anzubahnen. Wir in Deutschland kennen diese Reform schon, es ist dieselbe, die dereinst auch bei uns mit lauter Stimme herbeigerufen wurde, dieselbe, nach der die Reden gewisser Abgeordneten in unserm Parlament zu schmecken pflegen, ihr Kern ist Misstrauen gegen die Aerzte und ihre Wissenschaft und laienhafte Ueberschätzung des „ungelehrten gesunden Menschenverstandes" der Psychiatrie. Auch drüben jenseits der Grenze tönen Reden von „ins Irrenhaus gesperrten", „im Irrenhause begrabenen" Geistesgesunden, auch drüben werden, wie wir der „Wiener medizinischen Wochenschrift" entnehmen, volle Fälle als Beleg angeführt, und zwar beide ohne Beweiskr... und es wird die Forderung aufgestellt, das Urtheil über Internirung der Geisteskranken gewählten Geschworenen überlassen.

Sehr verständig bemerkt die genannte wiener Zeitschr... Zwei Begriffe müssen in diesem Streit auseinandergeha... werden: Heilungsbedürftigkeit und Kuratel-Bedürftigkeit. Ue... die erstere hat der Arzt, nur der Arzt zu entscheiden. ... müssen wir uns jede Laien-Einmischung verbitten. Die zw... zu beurtheilen ist Sache der Juristen, für die man ja hier ... gewählten Geschworenen einsetzen könnte.

Freilich, ob damit gerade die Juristen einverstanden se... würden, ist fraglich. Schade, dass man solche Einrichtun... nicht erst einmal probeweise einführen kann — lange brauch... der Versuch gewiss nicht fortgesetzt zu werden.

Ein neuer Cyclus der Charitévorlesungen.

Im März wird wiederum eine Reihe unentgeltlicher Vorträge seitens der Charité-Direktion veranstaltet, und zu... sollen Gegenstände behandelt werden, die unsern Lesern besonders nahe liegen.

Es sind folgende Vorträge in Aussicht genommen: 1. Einleitung; Versicherungspflicht und Gegenstand der Versicherung; 2. Organisation und Leistungen der Krankenversicherung (Dr. **Mugdan**); 3. Organisation der Krankenversicherung (Geh.-Rath **Hartmann**); 4. der Arzt als Sachverständiger auf dem Gebiet der Unfallversicherung (Prof. A. **Koehler**); 5. Organisation der Invalidenversicherung (Landesrath **Meyer**); 6. die ärztliche Thätigkeit auf dem Gebiet der Invalidenversicherung (Prof. **Posner**); 7. Arbeiterschutz-Gesetzgebung u... Gewerbeaufsicht; 8. die durch Staubathmung entstehende Gewerbekrankheiten; 9. die gewerbliche Arsenik-, Blei, Phosphor-, Quecksilber- und Schwefelkohlenstoffvergiftung (Geh.-Rath **Roth**, Potsdam). Die ursprünglich für den Monat Februar in Aussicht genommene Fortsetzung der Syphilisvorträge ist auf den Herbst vertagt.

Grenzen der ärztlichen Berufspflicht.

Wegen Verweigerung einer gerichtlichen **Obduktion** wurde in Galizien ein Arzt zu einer Geldstrafe von 20 Kr. verurtheilt. Als nämlich der Arzt aufgefordert wurde, sich mit einer Gerichtskommission zu einer Leiche behufs Obduktion derselben zu begeben, weigerte er sich, dieser Aufforderung Folge zu leisten, indem er auf eine kurz zuvor an einem Finger erlittene Verletzung hinwies. Die ostgalizische Aerztekammer nahm zu dieser Frage prinzipielle Stellung und richtete ein Schreiben an das Präsidium des Strafgerichtes in Lemberg, in welchem sie ausführte, dass der Arzt allerdings verpflichtet sei, auch mit eigener Lebensgefahr das Leben und die Gesundheit anderer zu retten, eine Leichenobduktion involvire jedoch keine Lebensrettung für andere, während sie mit verwundeter Hand ausgeführt, einem Selbstmorde des Obduzenten gleich käme. Auf Grund dieser Argumentation wird die zweite Instanz ersucht, das erwähnte Urtheil aufzuheben und zugleich das Nöthige zu verfügen, um für die Zukunft ähnlichen Vorkommnissen und Missbräuchen vorzubeugen. (Klin.-therap. Wochenschrift.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

„Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich [zwei]mal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, [die] Post (No. 84) oder durch die Verlagsbuchhandlung von [Ric]hard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

II. Jahrgang 1901. **№ 5.** **Ausgegeben am 1. März.**

Inhalt:

Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom pemphigus neonatorum. Zugleich Beitrag zur Kasuistik.

Von
Dr. Emil Schäffer,
Grossherzogl. Kreisarzt in Bingen a. Rh.

Der bereits auf dem V. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Graz 1895 sich vorbereitende Umschwung in unseren Ansichten über den Pemphigus erstreckt sich auch auf die aetiologische Seite des pemphigus neonatorum. Besonders die Pemphiguslitteratur aus der neuesten Zeit berichtet über sehr werthvolle bakteriologische Untersuchungsergebnisse. Ebenso wenig sich die früher allgemein verbreitete Ansicht hat behaupten können, wonach man jeden Pemphigus neonatorum für eine Form der lues congenita gehalten hat, ebenso wenig ist die Annahme einer Genese auf konstitutionell geschwächtem Boden geeignet, das Auftreten von Pemphigusepidemien zu erklären. Die Ansichten von Dohrn und Koch, wonach die Schälblasen der Neugeborenen auf den Einfluss mechanischer, thermischer etc. Reize zurückzuführen sind, denen die zarte und succulente Haut der Neugeborenen z. B. bei unachtsamer Pflege ausgesetzt ist, sind als ebenso unzutreffend erkannt worden wie die Erklärungsversuche Bohn's. Der letztgenannte Autor deduzirt, dass diese Unachtsamkeit sich natürlich in einer ganzen Reihe von Fällen bei der gleichen Hebamme geltend machen wird und dass dann die Anhäufung solcher Fälle in der Praxis dieser Hebamme ein epidemienartiges Auftreten vortäusche. Bohn vergisst hierbei nicht nur das Befallenwerden von Erwachsenen, die zwar den erwähnten Unachtsamkeiten seitens der Hebammen nicht ausgesetzt sind, wohl aber bei der Pflege der erkrankten Kinder infolge der Berührung einer direkten Uebertragung, sondern er lässt auch das epidemienartige Auftreten von Schälblasen unter den Neugeborenen in Entbindungsanstalten unberücksichtigt, bei denen schon der Name der Leiter der Institute (Olshausen, Alfeld, Winkel u. s. w.) dafür bürgt dass sich die betreffende Hebamme nicht lange Zeit fortgesetzt solche Unachtsamkeiten leisten kann.

Die epidemienartige Ausbreitung des Pemphigus unter den Neugeborenen ist ja bekannt genug. In den letzten Jahren haben u. A. besonders Kornalewsky, Solbrig, Mulert[1]) Mittheilungen hierüber gemacht. Aus einer Bekanntmachung

[1]) Ztschr. f. Mediz.-Beamte 1894 u. ff. Jahrgänge.

des Regierungs-Präsidenten von Lüneburg[2]) geht hervor, dass im Jahre 1898 in einem Kreise dieses Regierungs-Bezirkes in der Praxis einer Hebamme 9 Kinder von 18 Geborenen an Schälblasen erkrankt sind, mit 3 Todesfällen. Die Erkrankungen hörten auf, nachdem die betr. Hebamme sich für eine Woche ihrer Berufsthätigkeit enthalten, Geräthschaften und Kleider gründlich desinfizirt und einige Bäder genommen hat. Einen werthvollen Beitrag zur Epidemiologie des Pemphigus neonatorum hat noch mein leider inzwischen verstorbener Freund Brosin-Dresden geliefert.[3]) Er beobachtete in seiner Praxis als Frauenarzt bei 2 Hebammen Epidemien von p. n. mit besonders bösartigem Charakter. Es handelte sich im Ganzen um 18 Kinder mit 7 Todesfällen. Aus der Litteratur stellte Brosin in der Praxis von 13 Hebammen 173 Pemphigusfälle zusammen, von denen 38 tötlich verliefen. Beim Neugeborenen kommen, wie jetzt übereinstimmend angenommen wird, 2 Formen von Pemphigus vor, der p. syphiliticus und p. acutus contagiosus afebrilis. Charakteristisch für letzteren ist seine Contagiosität, als deren Träger in den Beobachtungen von Brosin Prof. Schmorl-Dresden den Staphylococc. pyog. aur. nachgewiesen hat.

Die oben zitirte Mittheilung von Solbrig veranlasste Hesse, gegen die Auffassung des P. n. als Infektionskrankheit entschieden Stellung zu nehmen. Hesse hält den P. n. für eine Hautneurose, für einen nervösen Hautausschlag, dessen bekanntestes Paradigma der herpes zoster sei. Nach Anführung einiger Fälle aus seiner Praxis, in welchen er in der nächsten Ascendenz der an Schälblasen erkrankten Säuglinge neuro- bezw. psychopathische Momente nachgewiesen hat, hält er seine Beobachtungen für genügend, um, wie er sagt, die Richtigkeit der bisherigen Ansicht über den P. n. als Infektionskrankheit zu erschüttern und zu weiteren Mittheilungen und Forschungen in dem von ihm urgirten Zusammenhang Veranlassung zu geben.

In einem Referat dieser Zeitschrift (1900 No. 8) über die Arbeiten von Solbrig, Mulert, Hesse werden die kritischen Bemerkungen Hesse's als sehr bemerkenswerth bezeichnet. Wenn auch der betr. Referent unter kurzer Erwähnung etlicher Pemphigus-Fälle aus seiner eigenen Beobachtung es als bedenklich ansieht, den Pemphigus in allen Fällen als constitutionell bedingte Nervenkrankheit aufzufassen, so hält er doch die Aetiologie noch nicht genügend geklärt, um einschneidende Verordnungen darauf aufzubauen.

Ein zusammenfassender Ueberblick über den jetzigen Stand der Pemphiguslitteratur unter vorzugsweiser Berücksichtigung der aetiologischen Seite ist bei dieser Sachlage ganz am Platz, ebenso wie auch die Mittheilung weiterer Beobachtungen wünschenswerth erscheinen muss.

Ich habe Ende Januar d. J. verschiedene Pemphigusfälle in Bingen beobachtet. Bei meinen amtlichen Ermittelungen habe ich auch auf die von Hesse so nachdrücklich betonten psycho- bezw. neuropathischen Momente etc. in der Ascendenz Rücksicht genommen. Nach fünfjähriger neurologischer und psychiatrischer Spezialausbildung glaube ich kaum dem Einwand zu begegnen, dass ich das ätiologische Moment der hereditären Belastung nicht genügend würdige.

Meine eingehenden und ad hoc angestellten Erhebungen fielen vollkommen negativ aus, während andererseits meine Beobachtungen in der zeitlichen Aufeinanderfolge der Fälle, der Umstände ihrer Entstehung und Weiterverbreitung sprechende Beweise für die infektiöse Natur des P. n. liefern.

1. Die Hebamme L. hatte 22. Januar 1901 eine Geburt bei einer IV para. Normaler Geburtsverlauf. Am dritten Tage traten bei dem kräftigen, gut entwickelten Kind die ersten Bläschen in Schenkelbeuge und am Nabel auf, am folgenden Tag zu grossen schlaffen Säcken stellenweise konfluirend an Hals, oberen und unteren Extremitäten. Am 27. Januar sah ich das Kind, von der Hebamme gerufen, erstmals. Am ganzen Körper theils geschlossene, theils geöffnete, bis 5 Markstück-grosse Blasen. Das Kind sah aus, als ob es verbrüht worden wäre. Unter der von Baginsky empfohlenen Behandlung (Eichenrindenbäder, Zinc. oxyd. Amyl. āā) schien nach sechstägigem Bestand bereits eine Rückbildung der Krankheit erfolgt zu sein, als 1. Februar Mittag unter plötzlichem Kräfteverfall der Tod eintrat.

Bei der Mutter des Kindes während des Wochenbettes kein Fieber. Drei Tage nach der Erkrankung des Kindes traten bei der Mutter an der rechten Wange, am Hals und Brust — Brustkind — eine Reihe ganz unverkennbarer Pemphigusblasen auf; nach viertägiger Dauer vollständige Abheilung; auch der Vater bekam Pemphigusblasen an Gesicht und Hals. Die Geschwister blieben frei. (s. u.)

2. Am 24. bis 25. Januar hatte die gleiche Hebamme auch die Pflege des sub 1 erwähnten Kindes besorgt; in der Nacht vom 24. bis 25. Januar wurde sie zu einer zweiten Geburt gerufen; am 27. Januar traten auch bei diesem Neugeborenen bereits die ersten Blasen am Leib und den Oberschenkeln auf; jetzt bekam die Hebamme Bedenken und setzte mich von den zwei erwähnten Fällen in Kenntniss. Nach Besichtigung der Fälle untersagte ich der Hebamme die weiteren Besuche bei den beiden Wöchnerinnen und den erkrankten Neugeborenen.

3. Am 26. Januar hatte die gleiche Hebamme eine weitere Geburt; auch dieses Kind erkrankte am 29. Januar an Pemphigus. Die Mutter war fieberfrei während des Wochenbettes, hatte 1. und 2. Februar Pemphigusblasen im Gesicht und seitlich am Hals, die ihr so wenig Beschwerden machten, dass sie deren Entstehen gar nicht gemerkt zu haben angab.

4. In Fall 1 hatte die weitere Pflege des Kindes, insbesondere das Baden desselben eine der barmherzigen Schwestern in Bingen übernommen. Bei dieser zeigten sich am 30. Januar ausgesprochene Pemphigusblasen an den Fingern beider Hände, am linken Handrücken und an einem Vorderarm.

Nach meinen Erhebungen bei den im Kreis Bingen praktizirenden Aerzten und den 40 Hebammen meines Dienstbezirkes sind weitere Fälle von P. n. bis jetzt nicht vorgekommen, angeblich überhaupt in den letzten Jahren nicht. Nur Dr. Bieling in Gau Algesheim hatte im vorigen Jahre einen vollständig vereinzelt aufgetretenen Fall beobachtet.

Neben dem Besuchsverbot in den erkrankten Familien wurde der betr. Hebamme von mir eine dreitägige Karenzzeit auferlegt, die nöthig war zur wiederholten Desinfektion des Instrumentariums, gründlicher Desinfektion der Kleider, zwei Vollbäder etc.

Die Fälle meiner Beobachtung erscheinen mir nach verschiedener Richtung beachtenswerth. Ich glaube nicht, dass man bei einem solchen Ausbreitungsmodus der Krankheit Zweifel hinsichtlich deren Aetiologie haben kann. Die Erkrankungen betreffen Neugeborene aus der Praxis ein und derselben Hebamme, die Fälle traten in ununterbrochener Kontinuität auf und ausserdem erkrankten noch vier Erwachsene, welche die Pflege übernommen hatten oder doch in sehr hohem Grad einer Uebertragung ausgesetzt waren, an Pemphigusblasen, die lokal beschränkt auf jene Körperstellen blieben, die in erster Linie einer Kontaktinfektion zugänglich sind.

Ein derartiges Auftreten ist eben nur bei einer über-

---

²) Veröff. Kais. Ges.-Amt 1898.

³) Ztschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkol. 1899.

agbaren Krankheit möglich. Die Entstehung meiner Fälle f dem Boden einer neuro- bezw. psychopathischen Veranlag g im Sinne von Hesse ist schon durch den vollständig gativen Ausfall der Anamnese nicht diskutirbar.

Im Uebrigen will ich bemerken, dass mir auch für den ll des etwa „gelungenen" Nachweises von hochgradiger reditärer Belastung schwerlich Zweifel hinsichtlich der ätiogischen Auffassung gekommen wären. Warum sollen enn psychopathisch belastete Säuglinge infektionscher sein?

Bakteriologische Untersuchungen der Pemphigusblasen sind kanntlich schon vor längerer Zeit von verschiedenen Autoren rgenommen worden. Strelitz[4]) hat in der Baginsky'hen Klinik aus Schälblasen der Neugeborenen Reinkulturen on Staphylococc. pyog. aureus erhalten, ebenso Felsenal[5]) der es bei der Vielförmigkeit der Wirkungen, die beim taphyl. pyog. beobachtet werden, nicht für unmöglich hält, ass dieselbe Ursache, auf die das eine Mal ein Furunkel, ein nder Mal eine Endocarditis folgt, bei oberflächlicher Virkung auf die Haut jene Blasen und Bläschen hervorbringt, ie wir sie beim P. n. sehen. Almquist[6]) kam zu ähnchen Ergebnissen, Bloch[7]) fand Mischinfektionen von Streptookken und Staphylokokken bei Untersuchung des Pemphiguserums und in jedem der letal verlaufenen Fälle gelang es m durch Herzpunktion unmittelbar nach festgestelltem Tod einkulturen hochvirulenter Streptokokken zu züchten.

Die biologischen Eigenschaften der genannten Krankeitserreger erklären leicht die grosse Tenazität des Pemhigusgiftes.

Die Infektionsmöglichkeiten sind recht vieleitige. Henoch, Soltmann[8]), Beck vertreten die Anicht, dass es sich stets um septische Infektion handelt, der emphigus sei keine spezifische Krankheit, die verchiedenartigsten im Blute kreisenden Gifte rufen olche Blaseneruptionen hervor, welche klinisch as Bild des Pemphigus zeigen.

Abegg[9]), Winkel[10]) haben schon vor Jahren Beobachungen mitgetheilt, dass Kinder mit den ausgesprochenen Erscheinungen von Pemphygus geboren wurden, den sie also intrauterin erworben haben mussten. Weitere Beobachtungen hinsichtlich einer solchen „Puerperalinfektion" liegen vor von Peter und Staub. Im Peter'schen Fall[11]) entwickelten sich bei einem neuntägigen Brustkind einer an schwerer puerperaler Sepsis leidenden Frau am ganzen Körper erbsen- bis thalergrosse Blasen, deren bakteriologische Untersuchung (Prof. Esmarch, Dräer) den Staphylococcus pyog. aureus, und einen Diplococcus neben spärlichen Colonien des Staphylococc. albus nachgewiesen. Dieselben Mikroorganismen fanden sich in der Milch der stillenden Mutter; auch die Impfungen mit dem Blut des Kindes verliefen positiv.

Staub[12]) theilte gelegentlich eines auf II. Internat. dermatol. Kongr. gehaltenen Vortrages 2 Fälle mit, aus denen hervorgeht, dass der Pemphigus neonatorum seinen Ursprung einer infectio intra partum verdanken kann. Die Mitbetheiligung der Mutter an der Infektion dokumentirt sich in unverkennbaren puerperalen Prozessen, in einem Fall seiner Beobachtung schwere Sepsis, die mit pemphigus puerperalis kombinirt war.

Für Infektionen auf dem Wege der Lymphbahnen sprechen z. B. die Beobachtungen von Trautenroth[13]) aus der Ahlfeld'schen Klinik, der Pemphigusblasen von einer eiternden Nabelwunde ausgehen sah.

Prof. Nagel[14]) erwähnt aus der Entbindungsanstalt der Charité eine September 1899 beobachtete Epidemie von Schälblasen. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes konstatirte Gonokokken; eine zufällige Verunreinigung des Präparates schliesst Nagel mit aller Bestimmtheit aus. Nagel macht darauf aufmerksam, dass man bei der Ermittelung der Ursache der Schälblasen den „Schleimfluss" der Wöchnerin nicht vergessen soll, ein Erklärungsmodus, der mir ebenso plausibel wie beachtenswerth erscheint.

Die ablehnende Haltung der Eltern machte mir eine Untersuchung des Pemphigusserums in meinen Fällen unmöglich.

Meine Beobachtungen illustriren die Uebertragbarkeit des Pemphigus neonat. auf Erwachsene unzweideutig genug. In dem sub 1) erwähnten Fall zeigten z. B. die beiden Eltern und die Pflegerin Pemphigusblasen, und ich war bei meinem ersten Besuch in der Familie Anfangs eigentlich sehr überrascht, dass nicht in erster Reihe die 3 zur Familie gehörigen Kinder im Alter von 3—10 Jahren neben dem Säugling an Pemphigus erkrankt waren. Im Laufe der Untersuchung derselben erfuhr ich jedoch, dass diese Kinder im Herbst 1900 einen Ausschlag („zuerst Blasen, wie das Neugeborene, dann bildete sich überall ein Grind") am ganzen Körper hatten, die beiden schulpflichtigen Geschwister blieben wegen dieses Ausschlages von der Schule fern. Da auch die andern Kinder im gleichen Hause, wie überhaupt in vielen Häusern der 3 eng bei einander liegenden Gassen damals den gleichen Ausschlag hatten, ohne jedoch weiter krank zu sein, wie die Mutter sagte, habe man die Sache nicht weiter beachtet. Nach der Beschreibung, die ich mir von verschiedenen Eltern damals erkrankter Kinder geben liess, hat es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um impetigo contagiosa gehandelt, beziehungsweise diese Diagnose bleibt per exclusionem als die einzige bestehen. Da die Kinder „nicht eigentlich krank" waren, hat man ärztliche Hilfe in den meisten Fällen nicht in Anspruch genommen. Einige der hiesigen Aerzte wissen sich nur auf mehrere Fälle von nässendem Eczem bei Kindern aus jener Zeit zu erinnern.

Bei Durchsicht der Litteratur über P. n. erschienen mir in diesem Zusammenhang besonders beachtenswerth die Mittheilungen von Knud Faber[15]) und Pontoppidan[16]). Diese beiden Autoren waren meines Wissens die Ersten, welche den Pemphigus neonatorum mit der impetigo contagiosa identisch erklärten; letzterer schlug die zusammenfassende Bezeichnung pemphigus contagiosus vor. In den Fällen von Knud Faber in der Entbindungs- und Pflegeanstalt in Kopenhagen, wo der Pemphigus neonatorum seit einer Reihe von Jahren endemisch war, hatte die Krankheit, auf ältere Kinder und Erwachsene übertragen, bei diesen „vollständig das Aussehen und den Verlauf der unter dem Namen impetigo contagiosa bekannten Erkrankung angenommen. Dass die Krankheit dieselbe, wie die der Kinder, kann füglich nicht geleugnet werden; dazu war die unmittelbare Uebertragung (durch Küssen) von der Mutter auf Kinder und von diesen wieder auf andere allzu auffällig." Später bekannte sich Bahr[17]) nach mehreren

[4]) Arch. f. Krhlkde 15.
[5]) A. f. K. 14.
[6]) Ztschr. f. Hygiene X.
[7]) Arch. f. Kdhlkde 28.
[8]) Eulenburg, Realencycl. XVIII, 1898.
[9]) Berl. klin. Wchschr. 1893, 49.
[10]) Berichte a. d. Entbindungsanstalt Dresden 1879.
[11]) Berl. klin. Wchschr. 1896, 6.
[12]) Berl. klin. Wchschr. 1893, 49.
[13]) Pemphigus periumbilicalis. Marburg 1893.
[14]) Allgem. D. Hebammenzeitung 1900, No. 16.
[15]) Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890.
[16]) Vjsschr. für Dermatol. und Syphilis 1885.
[17]) Ztschr. f. Med.-Beamte 1896.

eigenen Beobachtungen für die Identität von P. n. und impet. contagiosa. Die ausserordentlich sorgfältig durchgearbeiteten bakteriologischen Untersuchungen von Unna und Kaufmann[18]), sowie die Untersuchungen von Matzenauer aus der Neumann'schen Universitäts-Klinik in Wien[19]) haben eine kulturelle Abtrennung der bei impetigo contagiosa und pemph. neonatorum gezüchteten Reinkulturen von Staphylococcus nicht ergeben. Neumann und Matzenauer sprechen sich nach ihren Erfahrungen an einem grossen Beobachtungsmaterial — sie hatten mehrfach Gelegenheit, die Umwandlung einer impetigo contagiosa bei einem Erwachsenen, in Pemphigus bei einem Neugeborenen in allen Entwicklungsstadien genau zu verfolgen — folgendermaassen hinsichtlich der Identifizirung beider Krankheitsformen aus: „Nachdem vom klinischen Standpunkt aus betrachtet es unmöglich ist, eine bestimmte Grenze zwischen Pemphigus neonatorum und impetigo contagiosa zu ziehen, vielmehr die klinischen Erfahrungen lehren, dass der P. n., wenn er auf Erwachsene übertragen wird, bei diesen in Form der impetigo contagiosa auftritt, und umgekehrt, dass die impetigo contagiosa, wenn sie von der Mutter auf das neugeborene Kind übertragen wird, bei diesem in Form des pemphigus neonatorum erscheint; nachdem der histologische Befund bei beiden Krankheiten der absolut gleiche ist und nachdem bei Beiden ganz analoge Kokken als ursächliche Erreger gefunden werden, welche sich von einander nicht unterscheiden lassen und deren Reinkultur bei beiden dasselbe Impfresultat ergiebt, so scheint hiermit wohl die Annahme gerechtfertigt, dass der pemphigus neonatorum und die impetigo contagiosa dem Wesen nach ein und dieselbe Erkrankung, sowohl klinisch als auch histologisch und aetiologisch ein einheitliches Krankheitsbild repräsentiren."

Die einer solchen Identifizirung scheinbar widersprechende, der impetigo contagiosa eigenthümliche Art der Krustenbildung und der Mangel einer solchen bei pemphigus neonatorum ist, wie hier noch beigefügt sein mag, um so weniger ein durchgreifendes Unterscheidungsmerkmal, als sich bei ganz zweifellosem Pemphigus neonatorum zuweilen dieselbe Art der Krustenbildung einstellt und zwar jedes Mal, wenn der Pemphigus ältere, mehrere Wochen oder Monate alte Säuglinge befällt. Der mehr oder weniger ausgeprägte Charakter der Krustenbildung kann demnach nicht auf einem verschiedenen pathologischen Agens beruhen, sondern muss auf verschiedene anatomische Verhältnisse zurückgeführt werden und dürfte wohl hauptsächlich in der verschiedenen Resistenz der menschlichen Haut im verschiedenen Alter und zum Theil auch in individuellen Verschiedenheiten begründet sein; bei Neugeborenen kommen die Blasen in der Regel ohne namhafte Krustenbildung zur Abheilung, während sich bei älteren Kindern und Erwachsenen, auf welche nachweislich der Blasenausschlag von Neugeborenen übergegangen ist, die der impetigo contagiosa eigenartige Krustenbildung einstellt und der Blasenausschlag nach der Uebereinstimmung der verschiedenen Autoren „das getreue Bild der impetigo contagiosa annahm."

Komme ich nach diesen Bemerkungen über die Identität von Pemphigus neonatorum und impetigo contagiosa noch einmal auf meine Fälle zurück, so glaube ich mit der Annahme nicht fehl zu gehen, dass das auffallende Verschontbleiben der drei noch im Kindesalter stehenden Geschwister des an Pemphigus neonatorum verstorbenen Säuglings in der sub 1 erwähnten Familie sich wohl aus der Thatsache hinreichend erklärt, dass diese Kinder wenige Monate vorher erst ei… über den ganzen Körper verbreiteten Hautausschlag üb… standen hatten, der mit grösster Wahrscheinlichkeit als i… petigo contagiosa gedeutet werden muss, wenn man die Id… tität dieser Krankheit mit Pemphigus neonatorum noch n… anerkennen will. Es musste mir das Verschontbleiben … genannten Geschwister um so auffälliger erscheinen, als … Erkrankung sich von jenem Säugling aus in so offenkun… Weise auf drei erwachsene Personen überträgt und man … allen bisherigen Erfahrungen in der Epidemiologie des Pe… phigus neonatorum und der impetigo contagiosa in ers… Linie die Erkrankung der noch im Kindesalter stehenden … Geschwister erwarten musste und mit erheblich gering… Wahrscheinlichkeit die seiner Eltern und seiner Pflegerin.

Der Pemphigus neonatorum ist, wie auch die einw… freien bakteriologischen Untersuchungen in der neuesten Z… in Uebereinstimmung mit den seitherigen klinischen Erfa… rungen zur Evidenz beweisen, eine infektiöse Krankh… deren Auftreten in vollem Mass, auch vom sanitätspoli… lichen Standpunkt, entsprechende Beachtung verdient, … man ihn mit der impetigo contagiosa, die besonders für … Impfarzt Interesse bekommen hat, nachdem sie in einzelne… Bezirken Deutschlands (Rügen, Reg.-Bez. Posen, Potsdam … zeitlichem Zusammenhang mit den regelmässigen Impfun… in grösserer Ausdehnung aufgetreten ist, nach dem Vorga… der oben erwähnten Beobachter identifiziren oder nicht.

Es erübrigt die sanitätspolizeiliche Wichtigkeit jener Fä… noch besonders zu betonen, die nach dem bakteriologisch… Befund auf Infektion mit gonokokkenhaltigem Scheidense… (Nagel) zurückzuführen sind. Ob und in wieweit im Fa… einer derartigen Genese des Pemphigus neonatorum Be… ziehungen bestehen zwischen den Eruptionen auf der Ha… und einer gleichzeitig vorhandenen Augenentzündung, werde… spezielle Untersuchungen festzustellen haben; an dieser Ste… genügt der kurze Hinweis.

Der Pemphigus neonatorum hat Bedeutung nicht nur f… die Hygiene des Säuglingsalters, sondern auch für d… Hygiene des Wochenbettes. Bei dem Befund von Eite… kokken im Pemphigusserum ist es kaum auffallend, we… eine Wöchnerin an schwerer Sepsis erkrankt, an der v… einer Hebamme Genitaluntersuchungen vorgenommen wurde… die mit einem an Pemphigus neonat. erkrankten Kind in Be… rührung gekommen ist. Derartige Fälle sind bis jetzt aller… dings in der Litteratur m. W. noch nicht mitgetheilt, alle… das ändert schwerlich etwas an der von mir hervorgehobene… Infektionsmöglichkeit, die ich allein in der Brosin'schen A… beit berücksichtigt fand. Leider macht Brosin keine M… theilungen darüber, wie oft in seiner Beobachtungsweise d… Uebertragungsmöglichkeit in Folge Genitaluntersuchung de… Kreissenden überhaupt gegeben war.

Bei Infektion von der Haut aus erfolgt wohl nur ein… rein lokal beschränkte Erkrankung. Ganz anders aber sin… die Gefahren bei einem in so hohem Grad zur Aufnahme vo… Infektionstoffen disponirten Organ wie es der Uterus am Ende der Schwangerschaft oder gar in der Austreibungsperiode is… Vielleicht kann durch Berücksichtigung eines derartigen In… fektionsmodus die eine oder andere Wochenbettfiebererkran… kung aufgeklärt werden.

Der vollständig fieberfreie Verlauf des Wochenbettes in meinen Fällen erklärt sich aus der von mir festgestellten Thatsache, dass in keinem der Fälle eine Genitaluntersuchung der Kreissenden seitens der betreffenden Hebamme stattgefunden hat, da die Geburten zufälliger und glücklicher Weise bei der Ankunft der Hebamme bereits soweit im Gang waren.

---

[18]) Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1899.

[19]) Matzenauer, Impetigo contagiosa 1900. Festschrift für Hofrath Neumann.

ass die Hebamme gar nicht zur inneren Untersuchung veranlasst war.

Die von Kornalewski[20]) auf der XV. Hauptversammlung les Preuss. Medic. Beamtenvereins im Jahr 1898 als dringend nothwendig betonte Regelung der Pemphigusfrage auf dem Verordnungsweg ist für Preussen durch den Ministerialerlass vom 27. II. 00 erfolgt. In Hamburg besteht eine einschlägige Verordnung bereits seit dem Jahr 1896; auch für Lübeck bestehen seit dem 28. II. 00 präzis gefasste Verhaltungsvorschriften, die ebenso wie jene für Hamburg und Preussen erlassenen den Hebammen in jedem einzelnen Fall von P. n. die Anzeigepflicht auferlegen, eine Massregel, die hoffentlich recht bald auch in den übrigen deutschen Bundesstaaten zur Einführung kommt; jedenfalls aber ist besonders in den letzten Jahren die Pemphigusätiologie auch nach der bakteriologischen Seite bereits so weit geklärt, dass es in hohem Grad auffällig erscheinen muss, wenn noch in letzter Zeit in einzelnen Staaten Hebammeninstruktionen erlassen wurden, in welchen besagte Krankheit und das Verhalten der Hebamme bei derselben vollständig unberücksichtigt bleibt, wie z. B. in der für die Hebammen in Bayern erlassenen Dienstanweisung vom 9. Juni 1899, dessgl. in Württemberg vom 4. Juli 1900.

Ueber schiefgeheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

Von

Dr. J. Loewenthal-Lankwitz.

In der Verwendung der Röntgenstrahlen ist der Chirurgie in jüngster Zeit ein überaus wichtiges Hilfsmittel erstanden, sowohl für die Erkennung gewisser Krankheiten als auch für die therapeutische Indicationsstellung. Dies trifft namentlich für das grosse Gebiet der Knochenverletzungen zu. „Gelingt es doch“, sagt Kümmel,[1]) „die nach bekannten sonstigen Symptomen und Untersuchungsmethoden gestellte Diagnose zu sichern und in ihrer Genauigkeit zu vervollständigen und ohne schmerzhafte Manipulationen und ohne Narkose einen unzweideutigen Aufschluss über die Art der Knochenverletzung zu erhalten.“ Ferner ist dadurch, dass die Strahlen die gebräuchlichen Verbände durchdringen, eine genaue Kontrolle des Verlaufs ermöglicht. Man kann feststellen, ob die Adaption der Fragmente gelang, ob erneute Eingriffe nöthig, ob der angelegte Verband bis zur endgültigen Heilung liegen soll, und wie weit die Heilung vorgeschritten ist.

Gegenüber diesen grossen Fortschritten, die es gezeitigt, hat das Röntgenverfahren auch andererseits die schon früher nicht unbekannte Thatsache von neuem zur Evidenz bewiesen, dass es nämlich tadellose Heilungen von Frakturen, d. h. Heilungen ohne jede Verschiebung der Fragmente kaum giebt. Dieser Umstand hat in letzter Zeit insofern ein immer grösseres praktisches Interesse gewonnen, als die Laienwelt von dem Röntgenschen Verfahren ausgedehnten Gebrauch macht. Ist es doch, wie dies Oberst[2]) besonders betont hat, heutzutage etwas ganz Gewöhnliches, dass Kranke mit chronischen Leiden zum Arzte kommen und das direkte Verlangen aussprechen, durchleuchtet zu werden, da es trotz der langen Dauer der Krankheit noch nicht gelungen sei, eine bestimmte Diagnose zu stellen. Fernerhin ist es keine Seltenheit, dass die Kranken mit dem fertigen Röntgenphotogramm zum Arzte kommen, weitere Untersuchungen für unnöthig erklären und ihn auffordern, auf Grund des Photogrammes seine Anordnungen zu treffen.

Es ist einleuchtend, dass unter diesen Umständen das Röntgen'sche Verfahren von Leuten, die einmal eine Fraktur erlitten haben, missbräuchlich ausgenutzt werden kann, dass es aber auch andererseits imstande ist, das Vorhandensein von subjektiven Beschwerden, für die man durch die sonst üblichen Untersuchungsmethoden keine Anhaltspunkte finden kann, zu erklären.

Von diesen Erwägungen ausgehend, wird man zu der weiteren Folgerung gelangen, dass geheilte Knochenbrüche schlechthin eine nicht unwesentliche forensische Bedeutung gewinnen können. Ist es nun von Interesse zu wissen, dass ideale Heilungen bei Knochenbrüchen eine überaus seltene Erscheinung sind, so ist andererseits die Zahl derjenigen Frakturen, die mit deutlich zu Tage tretenden Dislocationen der Fragmente zur knöchernen Heilung gelangen, d. h. der gemeinhin so genannten „schiefgeheilten Knochenbrüche“ trotz der sich immer mehr vervollkommnenden Behandlungsmethoden auch heutzutage eine nicht geringe.

Sie sind es, die vornehmlich in Folge der Störungen, die sie im Gefolge haben, das Interesse des Gerichtsarztes in Anspruch nehmen. Seit der Einführung der Unfallgesetzgebung haben sich die Beobachtungen auf diesem Gebiete bedeutend vermehrt. Während Gurlt[3]) und Bruns[4]) in ihren Statistiken über Schiefheilungen von Knochenbrüchen nur diejenigen Fälle zusammengestellt haben, bei denen ein operativer Eingriff zur Beseitigung der Deformität vorgenommen wurde, sind in neuerer Zeit aus den Akten der Berufsgenossenschaften werthvolle Beiträge zur Kenntniss der Schiefheilungen in Bezug auf ihre weiteren Folgen überhaupt geliefert worden, so von Hänel[5]), Jottkowitz[6]) und Heymann.[7]) Letzterer hat, um nur ein Beispiel für die Häufigkeit der Schiefheilungen anzuführen, das Ergebniss erzielt, dass von 83 einfachen subkutanen Frakturen der langen Röhrenknochen, welche während etwa dreier Jahre an eine Sektion einer grossen Berliner Berufsgenossenschaft zur weiteren Behandlung gelangt sind, 31 deform geheilt waren. Wenn auch, wie Heymann selbst zugiebt, diese abnorm hohe Zahl keineswegs einen Massstab für die Häufigkeit der Schiefheilungen im allgemeinen abgeben kann, so drängt sich doch unwillkürlich die Frage auf, worauf diese schlechten Heilerfolge beruhen. Heymann ist geneigt, die mangelhafte ärztliche Ausbildung, sowie die früher üblichen Behandlungsmethoden dafür verantwortlich zu machen. Wie weit dies zutrifft, werden wir Gelegenheit haben in folgender Abhandlung des Näheren zu beleuchten. —

Betrachten wir die schiefgeheilten Knochenbrüche vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus, so müssen wir uns vergegenwärtigen, dass die bestehenden Gesetze der Strafabmessung resp. den materiellen Entschädigungen die Folgen einer Verletzung zu Grunde legen. Da es sich bei den schiefgeheilten Knochenbrüchen um die Folgen von Verletzungen handelt, so erwächst in erster Linie dem Gerichtsarzt die Aufgabe, zu beurtheilen, welche Schädigung der Verletzte durch

---

[20]) Offizieller Bericht 1898.

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 26. Kongress 1897, S. 106.

[2]) cf. Oberst in: „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1897/98. S. 65.

[3]) Gurlt, Handbuch der Lehre von den Knochenbrüchen. 1862, I. p. 774 ff.

[4]) Bruns, Deutche Chirurgie, Lieferung 27. 1886. p. 518.

[5]) „Ueber Frakturen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz.“ Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.“ 38. Bd., Heft 1 u. 2.

[6]) „Ueber Heilungsresultate von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz.“ Ibidem Bd. 42. Heft 6.

[7]) „Deformheilung und Erwerbsunfähigheit.“ Ibidem Bd. 41. p. 585 ff.

die Schiefheilung eines Knochenbruches davongetragen hat. Andererseits ist es seine Pflicht, wenn es sich um die Schuldfrage handelt, denjenigen Momenten seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, welche von der Entstehung des primären Bruches an bis zur definitiven Schiefheilung eine für letztere bestimmende Rolle spielen können.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, in der vorliegenden Arbeit vom klinischen Standpunkte aus alle Knochenbrüche, die schief heilen können, der Reihe nach zu besprechen. Um die forensische Bedeutung der schiefgeheilten Knochenbrüche darzuthun, wird es genügen, diese im Allgemeinen unter Heranziehung von Beispielen zu erörtern, wobei naturgemäss die Brüche der Extremitätenknochen, da sie das bei weitem grösste Kontingent aller Brüche und auch der Schiefheilungen liefern, die grössere Berücksichtigung finden werden.

Aber auch in der allgemeinen Besprechung müssen wir uns darauf beschränken, die beiden den Gerichtsarzt ausschliesslich interessirenden Momente, nämlich die Ursachen und die Folgen der Schiefheilungen des Genaueren zu würdigen.

Was nun die Frage betrifft, auf welche Weise Schiefheilungen von Knochenbrüchen entstehen können, so erscheinen uns drei Möglichkeiten hierfür gegeben. Einmal kann der Grund liegen in der Beschaffenheit des frischen Bruches; dann kann ein ungeeignetes Verhalten des Patienten eine gute Heilung vereiteln, und schliesslich kann die Behandlung die Schuld treffen.

Die Beschaffenheit der frischen Fraktur kann an sich schon eine grosse Mannigfaltigkeit von Erscheinungen darbieten, welche zu Deformheilungen prädisponiren. Schon die komplizirten Frakturen im Allgemeinen erschweren eine exakte Anwendung der Frakturverbände. Die erste und wichtigste Aufgabe bei der Behandlung einer komplizirten Fraktur besteht ja darin, mit allen Mitteln den aseptischen Zustand der komplizirenden Wunde zu erreichen. Erst in zweiter Linie kann die Sorge für eine gute Adaption der Knochenfragmente in Frage kommen. Dass letztere oft sehr schwierig und wenn überhaupt durchführbar, oft nur mit Deformheilung, (z. B. Verkürzung des betreffenden Knochens nach partieller Nekrose der Bruchenden) erzielt wird, ist eine von allen Chirurgen anerkannte Thatsache. Ganz ähnlich verhalten sich in dieser Beziehung alle diejenigen einfachen Frakturen, deren Heilverlauf durch üble Vorkommnisse z. B. durch starke Blutungen, subkutane Vereiterungen, circumscripte Gangrän, gestört wird, die oft eine Freilegung der Bruchenden erheischen und so die einfache zu einer komplizirten Fraktur machen.

Eine andere Gruppe von Frakturen, die zu Schiefheilungen prädisponiren, bilden diejenigen, bei denen die anfänglichen Verschiebungen sich zum Theil garnicht, zum Theil nur unvollständig einrichten lassen. Hierher gehören z. B. alle Brüche der spongiösen Knochen, die durch Zusammenpressen in sich selbst entstanden sind, (Kompressionsbrüche), wie dies u. A. bei den Wirbelkörpern und beim Fersenbein vorkommt. Hier lassen sich die entstandenen Formveränderungen durch keinerlei Repositionsmanöver ausgleichen. Ferner sind hierher zu rechnen diejenigen Frakturen und Infraktionen, die für die manuelle Einwirkung nicht genügend zugänglich sind, wie dies z. B. für manche Brüche der Gesichts- und Rumpfknochen (Wirbelkörper, Brustbein und Beckenknochen) zutrifft. Andere störende Momente für die Reposition resp. die spätere Retention der Fragmente sind gegeben in dem Vorhandensein ungewöhnlich starker Bruchzacken (es gelingt hierbei häufig nicht, die vorspringenden und einspringenden Winkel in einander zu passen), ferner in der Zersplitterung eines Knochens in zahlreiche mehr oder weniger grosse Fragmente, so dass die Bruchstelle auch Wiederherstellung der normalen Richtung des Gliedes ke genügenden Halt hat. Besonders hartnäckig sind in die Beziehung die Frakturen der Gelenkenden der Röhrenknoch sei es, dass sie allein vorkommen oder mit Luxation des lenkendes komplizirt sind. Hier können sich kleine Fr mente wie z. B. bei dem unteren Gelenkende des Obers beins derartig verschieben, dass neben der Deformität u die Beweglichkeit des Gelenkes dauernd beeinträchtigt Ein während des Heilprozesses störend wirkendes Momen weiter der Muskelzug, welcher bald auf das eine, bald beide Fragmente einwirkt und zur Verschiebung Anlass z. B. Wirkung des Ileo-psoas auf das obere Oberschen Bruchstück, Einfluss des Masseter und Temporalis einers des M. biventer etc. andererseits bei Unterkieferbrü Dies wird auch besonders dann der Fall sein, wenn re liche Umhüllung durch Weichtheile eine gute Fixation Bruchenden unmöglich macht und andererseits die Unm lichkeit besteht, bei Streckverbänden genügenden Gege anzuwenden, z. B. gelegentlich bei den Brüchen des O schenkels. Bei den Frakturen paralleler Knochen komm wenn beide Knochen zugleich gebrochen sind, verschied Arten von Heilungsvorgängen vor, die grosse Gefahren die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes mit sich bringen kön Dies gilt vorzugsweise für die Brüche des Vorderarm welche nicht selten mit einer schweren Störung der Dreh wegung, namentlich der Supination zur Heilung gelan Die Ursache liegt dann bald in einer Verengerung Zwischenknochenraumes durch voluminösen Callus oder d die gegen einander dislozirten Fragmente, bald in ei winkligen Knickung des Radius in Pronationsstellung, bal einer Synostose beider Vorderarmknochen durch eine Ka brücke.[1]) Schliesslich will ich noch diejenigen Brüche e wähnen, bei denen man in vielen Fällen von vornherein keinen Versuch machen wird, eine Reposition vorzunehm dies sind die sogenannten „eingekeilten Brüche“, wie sie Brüchen der Gelenkenden, namentlich des unteren Endes Radius, des Oberarm- und Schenkelhalses vorkommen. E bildet die Einkeilung der Bruchenden in einander die günstig Bedingung für die knöcherne Konsolidation der Bruchstück und man wird aus diesem Grunde gern die mit der Einkeil verbundene Verkürzung schliesslich mit in den Kauf nehm

Mit diesen angeführten Beispielen sind sicherlich nic alle im Bruche selbst liegenden Momente erschöpft, die einer ungünstigen knöchernen Heilung führen können; s werden aber zur Genüge beweisen, dass es häufig Ve hältnisse giebt, in denen es selbst der erfahrenste Chir nicht in der Hand hat, einen ungetrübten Erfolg zu erziel

Nicht gar zu selten kommen Fälle vor, in denen die Ve letzten sachverständige Hilfe verschmähen und sich an K pfuscher oder Wunderdoktoren wenden, die von der Sac nichts verstehen, oder aber sie behandeln sich, wie das dem Lande auch heutzutage noch häufig genug vorkomm selbst mit Auflegen von Erde, Dung etc. auf die geschwollene Frakturstelle. In anderen Fällen begiebt sich der Verletz wohl in die Behandlung eines Arztes, folgt aber den A ordnungen desselben nicht. Er lockert eigenmächtig den Verband oder löst ihn ganz, steht zu früh auf etc. Bei solchem Verhalten seitens des Verletzten wird selbstverständlich ein günstiger Ausgang nicht zu erwarten sein. In einer Reihe von Fällen endlich liegt der Grund der Schiefheilung in besonderen konstitutionellen Verhältnissen oder Krankheiten des Verletzten, für die er selbst nicht verantwortlich

[1]) König. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie, 1885, p. 3

emacht werden kann. Bei Trinkern ist es z. B. der Ausruch des Deliriums, welcher einen starken Bewegungsdrang erbeiführt, bei Epileptikern sind es die anfallsweise auf-etenden Krämpfe, bei Geisteskranken zum Teil ebenfalls tarke motorische Unruhe, zum Teil Indolenz, welche für das leilungsresultat der Frakturen eine unheilvolle Bedeutung ewinnen können. In diesen Fällen vermögen die sorgältigsten und festesten Verbände und selbst Zwangsmittel icht, die Bewegungen an der Bruchstelle zu verhüten, zum 'eil lässt sich auch eine so peinliche Ueberwachung, wie sie rade hier die Bruchverbände erheischen, gar nicht durchühren. Andere Gründe der Schiefheilung machen sich noch eltend bei alten geschwächten Individuen und bei Gelähmten. Diese können oft eine so lange Bettruhe, (eventuell horiontale Lage) wie sie bei schwereren Frakturen erforderlich väre, nicht vertragen. Ihnen drohen Senkungspneumonien der Decubitus (vielleicht noch begünstigt durch Sphinkterenähmung). Hier wird selbst der Arzt zuweilen, um nicht das eben der Kranken zu gefährden, Lageveränderungen und Bewegungen, die er unter normalen Verhältnissen noch ängere Zeit hinausschieben würde, sicher frühzeitiger vorehmen, selbst auf die Gefahr hin, dass dadurch eine geinge Verschiebung der Bruchstücke eintreten könnte. —

Haben wir nun gesehen, wie mannigfaltig die Ursachen iner Schiefheilung sein können, welche in der Fraktur selbst ind in den Verletzten zu suchen sind, so bleiben noch dieenigen Fälle zu besprechen übrig, in denen der behandelnde Arzt die Schuld an dem schlechten Ausgange der Fraktur rägt.

Der Arzt kann nach zweifacher Richtung hin fehlen. Er kann eine falsche Diagnose stellen und deshalb eine für den vorliegenden Fall ungeeignete Behandlung einschlagen, oder er kann trotz richtiger Diagnose ein nicht angemessenes Heilverfahren wählen.

Stellt der Arzt bei dem Verletzten, zu dem er gerufen wird, nicht die Diagnose auf einen Knochenbruch, sondern vielleicht nur auf eine Kontusion, so wird natürlich die folgende Behandlung die Fraktur unberücksichtigt lassen und und so eine Schiefheilung herbeigeführt werden können. Verwechselt er beispielsweise die Fraktur mit einer Luxation, so wird er womöglich infolge der Einrenkungsversuche die Disclocation der Fragmente noch vergrössern können.

Hat der Arzt die richtige Diagnose auf Knochenbruch gestellt, so kann er wiederum infolge mangelhafter Kenntnisse oder Fahrlässigkeit ein ungünstiges Heilungsresultat verschulden. Er kann z. B. eine unvollständige oder fehlerhafte Reposition vornehmen; er kann nach erfolgter Reposition ohne Rücksicht auf die bestehende hochgradige Schwellung an der Frakturstelle sofort (also zu früh) einen Kontentivverband anlegen, unter dem sich nach dem Schwinden der Geschwulst die Fragmente wieder verschieben; er kann ferner den Verband nicht ausgiebig genug anlegen, (die benachbarten Gelenke nicht mit einschliessen) oder er wendet in Fällen, bei denen die Fragmente eine grosse Neigung haben, sich gegen einander zu verschieben, nicht die Extensionsmethode an; er kann auch die erforderliche Kontrolle des Heilverlaufs unterlassen und versäumt es daher, eine etwa von neuem eingetretene Dislocation zu korrigieren, oder aber er nimmt den Verband zu früh ab und lässt z. B. einen Kranken mit einer Schenkelfraktion zu früh Gehbewegungen machen, so dass der noch weiche Callus nachgiebt und in fehlerhafter Weise zur Verknöcherung gelangt.

Gehen wir des Näheren auf die forensische Bedeutung der Entstehungsursachen der Schiefheilung ein, so ergiebt sich zunächst, dass alle die besprochenen Momente, also die ungünstige Beschaffenheit des primären Bruches, das ungeeignete Verhalten des Kranken und das fehlerhafte Verfahren des Arztes schwer ins Gewicht fallen, wenn es sich um die Aburtheilung des Thäters, d. h. derjenigen Person, welche die primäre Fraktur verursacht hat, handelt. Der Gerichtsarzt hat die Pflicht, wenn er solche Momente für vorliegend erachtet, den Richter auf dieselben aufmerksam zu machen. In vielen Fällen wird er seinen Einfluss für den Angeklagten geltend machen können, den, wenn der Strafabmessung nur die Folgen der Verletzung zu Grunde gelegt würden, häufig eine zu hohe Strafe treffen würde.

Andererseits legen die Entstehungsursachen der Schiefheilungen von Knochenbrüchen die Frage nahe, wie der Gerichtsarzt zu urtheilen hat, wenn es sich um die Personen handelt, welche eine korrekte Heilung durch ihr Verhalten resp. Eingreifen in die Behandlung vereitelt haben. Hier kann zunächst der Verletzte selbst in Betracht kommen. Nehmen wir den Fall an, dass ein Verletzter auf Grund der Folgen einer schiefgeheilten Fraktur eine höhere als die ihm zugebilligte Entschädigung resp. Rente von der haftpflichtigen Person oder Körperschaft erzielen will und dass er seinen Anspruch nach § 843 B. G. B. geltend macht. — Es wird von der Gegenpartei eingewendet, dass Patient durch Nichtbefolgung der ärztlichen Anordnungen resp. durch direktes Zuwiderhandeln die Schiefheilung und deren Folgen selbst verschuldet hat. Der Kläger bestreitet dieses und verlangt das Urtheil eines gerichtlichen Sachverständigen. Nur wenn ein ausreichendes Beweismaterial vorliegt, aus welchem einerseits erhellt, dass die Beschaffenheit des Bruches selbst nicht zu einer Schiefheilung prädisponirte und dass die seitens des Arztes eingeschlagene Behandlung die zweckmässige war, andererseits aber auch durch Zeugenaussagen erhärtet ist, dass Kläger sich nicht den ärztlichen Anordnungen gefügt hat, wird der Gerichtsarzt sich dahin äussern können, dass die Schiefheilung und deren Folgen nur dem Verhalten des Verletzten zugeschrieben werden müssen. In diesem Falle würde der Haftpflichtige für denjenigen Theil der Schädigung, den der Verletzte selbst sich zugefügt hat, nicht verantwortlich zu machen sein. In diesem Sinne macht das Unfallversicherungsgesetz es dem Verletzten geradezu zur Pflicht, „von seinem Theile zur möglichst erfolgreichen Durchführung des Heilverfahrens mitzuwirken.[1]) Wo das Beweismaterial aber nicht genügend Aufklärung bietet, wird es der Gerichtsarzt unentschieden lassen müssen, ob den Verletzten die Schuld an dem schlechten Ausgange der Fraktur trifft oder ob noch andere Momente mitgewirkt haben.

Weit höheres forensisches Interesse bieten die Fälle dar, in denen durch fehlerhafte Behandlung die Schiefheilung eines Knochenbruches entstanden ist. Wenn diesbezüglich ein gerichtliches Verfahren eingeleitet worden ist, so wird es sich für den Gerichtsarzt in erster Linie darum handeln, den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem fehlerhaften Handeln und dem ungünstigen Ausgang nachzuweisen. Zweifellos ist dieser Nachweis leichter zu führen bei aktiven fehlerhaften Eingriffen, als bei einer durch Unterlassung des zweckmässigen Vorgehens bedingten passiven Fahrlässigkeit.[2]) Dieses letztere trifft meist zu bei Anklagen gegen Kurpfuscher. Nehmen wir den Fall an, dass ein Verletzter sich in die Behandlung eines Kurpfuschers begiebt. Dieser weiss nicht, um was es sich bei dem Verletzten handelt; er verordnet Umschläge oder auch innere Mittel, die Fraktur heilt, aber mit Zurücklassung einer erheblichen Dislokation. Zweifellos liegt

[1]) Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Thätigkeit. 1899, p. 12.

[2]) Strassmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1895, p. 539.

hier ein strafwürdiges Vergehen vor. Der Kurpfuscher ist, ohne auf irgend welche Fachkenntnisse sich stützen zu können, an eine Aufgabe herangegangen, der er nicht gewachsen war. Freilich wird dieser Thatbestand noch nicht genügen, um seine Verurtheilung herbeizuführen. Es wird hierzu noch der Nachweis erforderlich sein, dass nur die fehlerhafte Behandlung, d. h. in diesem Falle die Unterlassung der geeigneten Behandlung den schlechten Endausgang gezeitigt hat. Der Sachverständige wird vielleicht einräumen müssen, dass die Fraktur auch unter dem üblichen Frakturverband hätte schief heilen können. Da nun ferner dem Angeklagten nicht wird bewiesen werden können, dass er mala fide gehandelt, so wird der Richter nicht in der Lage sein, die volle Strenge des Gesetzes walten zu lassen. Dieser supponirte Fall beweist, wie schwierig es für den Gerichtsarzt in jedem einzelnen Falle von schiefgeheilten Frakturen ist, nachzuweisen, dass nur aus einer Ursache die Schiefheilung erfolgt ist. —

Dieser Schwierigkeit wird der Gerichtsarzt sich um so mehr bewusst sein müssen, wenn es sich darum handelt, sein Urtheil über die Schuld eines Kollegen abzugeben. Er wird auch hier das fehlerhafte Handeln des behandelnden Arztes nur dann für die Folgen verantwortlich machen können, wenn alle anderen Momente, die zu einer Schiefheilung prädisponiren, mit absoluter Sicherheit auszuschliessen sind. Auf die Beurteilung dieser Momente wird der Gerichtsarzt stets sein Hauptaugenmerk richten müssen und in vielen Fällen wird er schon hierbei Gelegenheit finden, die Unschuld des behandelnden Arztes darzuthun. Ist er indessen zu der Ueberzeugung gelangt, dass nur die ärztliche Behandlung die Schuld an dem schlechten Heilverlauf trägt, so wird es sich weiter für ihn fragen, inwieweit das ärztliche Handeln überhaupt als fehlerhaft zu bezeichnen ist.

(Schluss folgt.)

Referate.

Allgemeines.

Eine Methode zur Unterscheidung der verschiedenen Blutarten, insbesondere zum differentialdiagnostischen Nachweise des Menschenblutes.

Von Stabsarzt Dr. Uhlenhuth.

Aus dem hygien. Institut der Universität Greifswald.

(Deutsche med. W. 1901. No. 6.)

Versuche über den Nachweis von Eier-Eiweiss auf biologischem Wege führten U. dazu, in ganz eigenartiger Weise das Blut der verschiedenen Thierarten herauszuerkennen.

Er hatte Hühnerblut einem Kaninchen in die Bauchhöhle gespritzt. Wenn er nun das Blutserum desselben Thieres mit einer wässerigen klaren Lösung von Hühnerblut versetzte, so trat schnell eine deutliche Trübung auf, die dasselbe Serum mit der Lösung irgendwelchen anderen Thierbluts nicht gab.

Der Versuch wurde mit Rinderblut wiederholt. Ein Kaninchen erhielt in Zwischenräumen von 6 bis 8 Tagen fünfmal je 10 ccm Rinderblut in die Bauchhöhle gespritzt. Dann wurden von 18 verschiedenen Thierarten Blutlösungen hergestellt: etwas Blut des betr. Thieres wurde mit soviel Leitungswasser versetzt, dass die Lösung schwachroth gefärbt war, dann bis zur Klärung abgesetzt oder filtrirt und mit 1,6 prozentiger (doppelt physiologischer) Kochsalzlösung versetzt. Dieser letztere Zusatz ist wichtig, um irremachende Trübungen des Serums durch die wässerige Lösung an und für sich zu vermeiden. Setzte man nun zu den so erhaltenen Blutlösungen je 6 bis 8 Tropfen vom Serum des nach der angegebenen Weise vorbehandelten Kaninchens, so konnte man mit Sicherheit das Rinderblut heraus erkennen. Denn nur dieses, dieses aber immer, wurde durch den Serumzusatz trübe.

Verf. überzeugte sich, dass auch Menschenblut die Reaktion giebt. Es genügen, um sie anzustellen, schon Spuren von Blut, und selbst solches, das vier Wochen auf einem Br[illegible] angetrocknet war, lieferte ein positives Ergebniss.

Wenn diese Prüfung sich als zuverlässig erweist, so i[st] mit ihr eine wichtige Lücke in der gerichtlich-medizinischen Diagnostik ausgefüllt. Wir besassen bisher kein Mittel, Menschen- und Säugethierblut im frischen, noch viel weniger im getrockneten Zustand sicher zu unterscheiden. (Vergl. das Sammelreferat, Jahrg. 1900, S. 300.)

Ueber eine neue forensische Methode zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut.

Von Prof. A. Wassermann u. Dr. Alb. Schütze.

Aus dem Kgl. Inst. f. Infektionskr. in Berlin.

(Berl. Klin. W. 1901 No. 7.)

Die Methode ist, kurz gesagt, genau dieselbe, die genau zur selben Zeit Uhlenhuth veröffentlicht. Sie beruht a[uf] der Bildung sogenannter Praecipitine. Wenn man nämlich einem Thiere a die rothen Blutkörperchen eines anderen, b einverleibt, so wirkt das Serum des Thieres a auf rothe Blutkörperchen des Thieres b theils zusammenbackend (Agglutinine) theils auflösend (Haemolysine). Eine hierauf beruhende Reaktion würde aber nur bei unversehrten rothen Blutkörperchen, d. h. bei frischem Blute, also nicht in der gerichtsärztlichen Praxis verwendbar sein. Verleibt man jedoch statt des defibrinirten Blutes zellenfreies Blutwasser (Serum) von a ein, so bilden sich im Blute von b andere Stoffe (Praecipitine), die in dem Serum von a eine Ausfällung bewirken und auch für altes und angetrocknetes Blut verwerthbar sind.

Zu bemerken ist noch, dass die Trübung nicht sofort, sondern innerhalb einer halben bis einer Stunde einzutreten braucht und am sichersten bei 37° entsteht.

Die weiteren an die Wassermann-Schütze-Uhlenhuthsche Entdeckung anknüpfenden Fragen werden von Professor Strassmann und Dr. Ziemke einer eingehenden Prüfung unterzogen werden.

Ueber die gerichtlich-medizinische Untersuchung der Haare.

Von Dr. E. S. London.

(Archiv Biologitscheskchinauk Bd. 8, Wratsch 1900, No. 47.)

Vor allem weist Verfasser darauf hin, dass man mit unbewaffnetem Auge die Wollhaare einer unreifen Frucht von solchen anderen Ursprungs, pflanzlichen sowohl oder thierischen, nicht zu unterscheiden vermag, wohl aber mit Hilfe des Mikroskops. Wollhaare vom Menschen erscheinen auf der Oberfläche quergestreift und sind mit klumpenförmigen, theilweise auch mit krystallinischen Ablagerungen bedeckt. Ihre Ränder sind mehr oder weniger parallel; eine Marksubstanz fehlt vollkommen. Wollhaare von unreifen Thieren sind zwar an der Oberfläche gleichfalls quergestreift wie die Lanugohaare vom Menschen, sie haben aber auf ihrer Oberfläche die erwähnten Ablagerungen nicht und weisen statt dessen ziemlich lange stachelförmige Fortsätze auf, die sich von der Oberfläche des Härchens in der Richtung nach auswärts abzweigen. Wollhaare pflanzlichen Ursprungs sind auf ihrer Oberfläche nicht quer, sondern längsgestreift, haben keine Ablagerungen, sondern kleinere stachelförmige Fort-

sätze. Verschiedene Säuren, Alkalien, Salze und Oele verändern Haare sehr wenig; nur das Javelle'sche Wasser zerstört nach 30—60 Minuten dauernder Einwirkung das Haar bis zur Unkenntlichkeit: dasselbe verwandelt sich in einen gelben brüchigen Faden mit unebener Oberfläche, wobei von der Cuticularschicht und der Marksubstanz keine Spur zurückbleibt. Verfasser hat die Haare von 39 verschiedenen Thierarten untersucht und sich dabei überzeugt, dass es nicht zwei verschiedene Thierarten giebt, deren Haare ein ähnliches mikroskopisches Bild darböten, dass aber andererseits Haare von unter einander verwandten Thierarten eine ziemlich grosse Aehnlichkeit aufweisen. Unter den untersuchten Haaren thierischen Ursprungs fanden sich nur wenige, die mit Menschenhaaren verwechselt werden könnten. Hierher gehören die Haare vom Schwein, ganz besonders vom Ferkel, vom Pferd, Zebra und Rind. Bei diesen Thieren werden Haare angetoffen, die eine ebensolche kleinschuppige Cuticula, eine ebensolche durchweg dunkle ununterbrochene schmale Marksubstanz und eine ebensolche konische Form haben wie das Haar vom Menschen. Es giebt jedoch ein Unterscheidungsmerkmal, das allerdings nur dann wahrgenommen werden kann, wenn man das Haar unter dem Mikroskop bei auffallendem Licht untersucht: der dunkle Markstrang des menschlichen Haares erscheint dabei hell, glänzend, glatt, einförmig; der Markstrang des thierischen Haares erscheint zwar gleichfalls hell, aber matt und kleinkörnig.

Verfasser hat ferner ca. 300 Haare, die den verschiedensten Stellen des menschlichen Körpers entnommen waren, untersucht und die Ueberzeugung gewonnen, dass man auf Grund der Gesammtheit sämmtlicher Merkmale des Haares in sehr vielen Fällen sicher die Stelle angeben kann, der es entnommen ist. — Was die Haarwurzel betrifft, so unterscheidet man vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus drei Formen derselben: 1. Unregelmässige Haarwurzelform mit unebener welliger Oberfläche und Fortsätzen von verschiedener Form und Dicke; die Haarwurzel ist saftig, so lange sie frisch ist. Solche Haarwurzeln zeigen Haare, die den verschiedensten Körpertheilen entnommen sind, mit Ausnahme der Wimpern, deren Wurzel mehr an den Typus ausgefallener Haare erinnert. 2. Kleinere Haarwurzelform mit mehr oder minder glatter Oberfläche und abgerundetem unteren Ende. Solche Wurzeln weisen meistentheils ausgefallene Haare auf. 3. Uebergangswurzelform, die ungefähr die Mitte zwischen den beiden soeben geschilderten Wurzeltypen einnimmt und verschiedene Defekte auf der Oberfläche aufweist. Diese Wurzelform haben meistentheils ausgekämmte Haare. Zur Unterscheidung eines grauen Haares von einem blonden empfiehlt Verfasser, sich des Polarisationsapparates zu bedienen: Bei Kreuzung der Nicol'schen Prismen erscheint das blonde Haar auf dunklem Hintergrund in Form eines goldigen, gelben, glänzenden Streifens, das graue Haar in Form eines bunten Schnürchens, an dem die purpurrothe Farbe prävalirt. Schwarze Haare erscheinen in Javelle'schem Wasser in 20—25 Minuten hell mit gelblicher Schattirung. Essigsäure vermag gleichfalls schwarze Haare zu entfärben. Es wird dabei die Cuticula zerstört, während die Marksubstanz aufquillt. Verdünnte Salpetersäure färbt das schwarze Haar hellroth, ohne den mikroskopischen Bau desselben zu ändern. Aetznatronlösung entfärbt das schwarze Haar, zerstört es aber zugleich. Anilin und Nelkenöl entfärben das schwarze Haar sehr langsam, ohne es zu zerstören.

Verfasser beschäftigte sich auch mit der Frage, ob in den Körper eingeführtes Arsenik auch in die Haare übergeht. Seine an Thieren in dieser Beziehung angestellten Experimente ergaben ein durchweg positives Resultat. Lb.

Zum Thymustod.

Von Dr. Hans Kohn in Berlin.

(Deutsche Med. Woch. 1901 No. 52.)

Verf. hat aus der Litteratur den Eindruck gewonnen, dass die Vergrösserung der innern Brustdrüse, deren Zusammenhang mit plötzlichen Todesfällen doch neuerdings wieder zur Anerkennung gekommen ist, auf mehr als eine Art das Leben gefährden kann. Während in andern Fällen die Drüse einen Druck auf die Luftröhre oder auf die obere Hohlvene festgestellt worden ist, hat K. selbst einen Fall beobachtet, in dem die Vergrösserung der Drüse durch Druck auf die grosse Körperschlagader mittelbar zur Todesursache wurde.

Ein Kind von 7 Monaten, das bis vor 2 Tagen gesund und in den letzten 2 Tagen auch nur unruhig und aufgeregt gewesen war, bekam plötzlich heftigste Athemnoth und starb innerhalb weniger Stunden. Bei der Sektion lag die Thymusdrüse in 8 cm Länge, 6 cm Breite und bis 4 cm Dicke quer über der Aorta. Die Letztere war in ihrem Anfangstheil beträchtlich ausgebuchtet und zeigte an der hierfür besonders veranlagten Stelle (vorn über den halbmondförmigen Klappen) den Beginn einer Aneurysmabildung. Das Herz war bedeutend erweitert und in seiner Muskulatur verdickt. Im übrigen Körper fand sich mässige Vergrösserung der Lymphapparate.

Verf. deutet den Fall dahin, dass die grosse Drüse, welche mit 40 gr eines der grössten bisher bekannten Gewichte erreicht hat, pelottenartig auf die grosse Körperschlagader gedrückt und in dieser ein Stromhinderniss abgegeben hat, das zur Erweiterung des Gefässes und zur Vergrösserung des Herzens Anlass gab. Es ist zweifelhaft, ob hierbei die allgemeine lymphatische Veranlagung noch einen schwächenden Einfluss auf das Herz ausgeübt hat. Jedenfalls hat dasselbe, nachdem es seiner Mehraufgabe so lange wie möglich genügt hatte, endlich rasch versagt.

Chirurgie.

Die Resultate der Zimmtsäurebehandlung bei chirurgischer Tuberkulose.

Von Stabsarzt Dr. Niehues.

(Aus der chirurg. Univers.-Klinik zu Bonn. Direktor: Geheimrath Prof. Dr. Schede.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 57. B. Heft 5 u. 6.)

Verf. erörtert zunächst die anatomischen Verhältnisse bei Ausheilung der Tuberkulose sowie die Rolle, welche die Entzündung bei derselben spielt. Landerer, welcher die Zimmtsäure- (Hetol-)behandlung in die Praxis eingeführt hat, ging hierbei von der Voraussetzung aus, dass die durch die Tuberkelbazillen und ihre Stoffwechselprodukte in der Umgebung der Herde hervorgerufene reaktive Entzündung eine zu geringgradige sei, um Granulationen mit folgender bindegewebiger Vernarbung und Einkapselung des Tuberkels zu veranlassen. Eine Erhöhung dieser örtlichen Entzündung mit lebhafterer Bildung von neuem Gewebe kann hier nach seiner Meinung nur heilkräftig wirken. Die Meinungen der Pathologen über den Werth dieser akuten Entzündung sind noch getheilt.

Auch das Tuberkulin verursacht eine Entzündung in der Umgebung der Herde, doch ist sie eine so starke, dass das die Tuberkel reichlich durchfliessende Blut die Bazillen häufig fortschwemmt und im ganzen Körper verbreitet.

Einen niedrigeren Grad, häufig nur einen Theil der Entzündung, die Hyperämie, benutzte Bier bei seiner bekannten Stauungsbehandlung der Tuberkulose. Die Erfolge, welche er mit dieser Behandlungsweise erzielte, sind jedoch hinter den Erwartungen zurückgeblieben; sie werden durch die-

jenigen, welche man in letzter Zeit nach Anwendung von Heissluftbädern zur Erzeugung einer arteriellen Hyperämie auftreten sah, anscheinend überholt.

Landerer erzeugte die Entzündung in der Umgebung der tuberkulösen Herde zunächst durch intravenöse Einspritzung von Perubalsam, ging aber später zu dessen wirksamen Bestandtheile, der Zimmtsäure resp. dem zimmtsauren Natron, von ihm Hetol genannt, über. Die theoretischen Erörterungen, welche Verf. über die Wirkungsweise der Zimmtsäure, den Einfluss der Hyperleucocytose auf die Ausheilung von tuberkulösen Herden u. s. w. anstellt, mögen im Original nachgesehen werden. Nur soviel sei hier gesagt, dass eine einwandfreie Erklärung der Zimmtsäurewirkung bis jetzt nicht vorliegt.

Aber auch ohne eine solche zu besitzen, sind wir berechtigt und verpflichtet, die Zimmtsäure bei der Behandlung der Tuberkulose anzuwenden, wenn wir bei sorgfältig und wiederholt angestellten Thierversuchen eine heilsame Wirkung fesstellen konnten. Das ist, was die Tuberkulose der Kaninchen angeht, ausser allem Zweifel der Fall; kein Mittel heilt die Krankheit so sicher und völlig aus, wie die Zimmtsäure.

Ueber die Einwirkung des Hetols auf die Tuberkulose des Menschen liegen schon zahlreiche, meistens günstig lautende Beobachtungen vor, welche jedoch ausschliesslich die Lungenschwindsucht betreffen. Der Einfluss desselben auf rein chirurgische Tuberkulose ist bis jetzt noch wenig oder gar nicht studiert worden. Und doch ist diese Form vor allen anderen geeignet, uns Aufschlüsse über die Wirkung des Arzneimittels zu geben, da wir den Krankheitsherd und die in ihm vorgehenden Veränderungen offen vor uns liegen haben und bei der Beurtheilung nicht, wie bei der Lungenschwindsucht auf die immerhin deutungsfähigen Ergebnisse der Perkussion und Auskultation angewiesen sind.

Verf. berichtet über 66 behandelte Kranke, welche ein Jahr nach der Entlassung zwecks Feststellung des Dauererfolges nachkontrolliert wurden; eine Auswahl bei den zur Behandlung gekommenen Fällen fand nicht statt; auch die an sich hoffnungslosen wurden derselben unterzogen. Die grössere Anzahl unter ihnen litt an Tuberkulose der Hüfte, des Knies oder des Fusses. Die Behandlung bestand in den gewöhnlichen chirurgischen Massnahmen, Streckung, Spaltung von Eiterherden, Eröffnung der Gelenke und schliesslich Resektion, wenn ein Erfolg anderweitig nicht zu erzielen war. Gleichzeitig wurden örtliche Jodoformglycerin-Einspritzungen vorgenommen.

Der Einfluss der Behandlung auf das Allgemeinbefinden war in weitaus den meisten Fällen ein recht günstiger. Subjektives Wohlbefinden, Appetit und Gewichtszunahme traten alsbald auf. Weniger günstig wirkte die Behandlung nur bei einem völlig aufgegebenen an Tuberkulose der Wirbelsäule mit grossen Eitersenkungen erkrankten Manne. Die durch die Zimmtsäure stets hervorgerufene stärkere Absonderung in den Fisteln und Abscessen beschleunigte den schon hochgradigen Verfall der Kräfte. Solche Kranke eignen sich also für die Zimmtsäurebehandlung nicht.

Auf der anderen Seite berichtet N. über recht erfreuliche Erfolge, so dass die Gesammtzahl der Geheilten und wesentlich Gebesserten 42, gleich 63,5 Prozent, ein Prozentsatz, der allerdings die Landerer'schen Erfolge, 83 Prozent Heilungen nicht erreicht. Dies ist wohl zum Theil dem schon erwähnten Umstande, dass auch hoffnungslose Fälle zur Berechnung heran gezogen wurden, zuzuschreiben.

Es würde den Rahmen eines Referates überschreiten, wollten wir ausführlich mittheilen, wie sich die Erfolge auf die einzelnen Formen und Stadien der Tuberkulose vertheilen, und welches das Ergebniss bei den operirten und nicht operirten Kranken war. Es sei nur erwähnt, dass die Resultate besser waren, als diejenigen, welche bei einer gleichen Anzahl von Kranken ohne Zimmtsäurebehandlung erzielt wurden.

Die Ausführung der Zimmtsäurebehandlung ist eine einfache und kann von jedem mit den Regeln der Asepsis einigermassen vertrauten Arzte ausgeführt werden. Die Einspritzungen der wasserhellen ein- resp. fünfprozentigen Hetollösung werden in die Venen der Ellenbeuge gemacht, was bei einiger Uebung leicht gelingt. Man beginnt mit 1 mgr und steigt unter Berücksichtigung der Temperatur von zwei zu zwei Tagen um je 1 bis 2 mgr, bis 25 mgr. erreicht sind. Diese Dosis wird 3 Monate lang verabfolgt. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen hat N. bei rund 2000 Einspritzungen nicht gesehen.

Den Schluss der Arbeit bilden 66 abgekürzt wiedergegebene Krankengeschichten. Nhs.

Zur Frage der knöchernen Deckung von Schädeldefekten.

(Aus der K. chir. Univ.-Klinik zu Königsberg: Dir. Professor Dr. v. Eiselsberg.)

Von Dr. v. Mertens.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 57, Heft 5 u. 6.)

Entkalkter Knochen ist zur knöchernen Deckung von Schädeldefekten nicht brauchbar, da er zu früh resorbirt wird und die Knochenneubildung erheblich verzögert. — Geglühter Knochen führt zwar zu knöchernem Verschluss, doch ist wegen der Brüchigkeit des Ersatzes das längere Tragen einer Kopfkappe erforderlich.

Bei weitem am besten ist der ausgekochte Knochen, da er allen Anforderungen, Keimfreiheit, Kalkgehalt und Widerstandsfähigkeit entspricht.

Zur Einpflanzung empfehlen sich nicht die durch die Verletzung entstandenen kleinen, locker auf der harten Hirnhaut liegenden Splitter, da eine schnelle Verheilung von Ersatz und Defektrand nur da eintritt, wo beide fest aneinander liegen. Grosse Splitter eignen sich besser, doch ist die Verwendung einer einzigen Knochenplatte am meisten zu empfehlen; sie wird möglichst fest eingefügt und lässt nur an einer Stelle eine bohnengrosse Oeffnung zum Abfluss des Blutes frei. Die Knochenplatte kann jeder menschlichen Leiche entnommen werden. Nhs.

Ueber die Verwendung von Draht zum dauernden Ersatz für Kontinuitätsdefekte der Knochen, besonders auch des Unterkiefers.

Aus der chir. Abthlg. des Marienhospitals in Bonn. Leiter: Professor Witzel.

Von Dr. C. Hofmann.

Centralblatt für Chirurgie, 1900, No. 45.

Verfasser ersetzte eine durch Osteomyelitis total verloren gegangene Tibiadiaphyse durch Drähte, welche oben und unten an den Epiphysen vermittelst Durchführung der Enden durch Bohrlöcher und Befestigung daselbst mit Verflechtung angebracht wurden. Die Einheilung trat ein, der Erfolg war nur dadurch beeinträchtigt, dass die Drähte zu biegsam waren, um stützend wirken zu können. Ein späterer Fall mit kleinerem, nur 6 cm langem Defekt der Tibia und stärkerem Drahtersatz hatte auch ein befriedigendes Funktionsresultat.

Vortrefflich war der Erfolg beim Ersatz eines vom Gelenkfortsatz bis zum vorderen Kieferbogen reichenden Unterkieferdefekts bei einem 13jährigen Jungen. Der Ersatz wurde ebenfalls durch einen Draht hergestellt, der die entfernt von einander stehenden Reste des Knochens durchbohrte und dessen

Enden verflochten wurden. Ein Kieferwinkel liess sich durch Biegung des Drahtes leicht formen und binnen kurzer Zeit war Patient im Stande, die Zahnreihen, welche vorher an der Seite des Defekts nur bis auf 2 cm einander genähert werden konnten, fest aufeinander zu beissen. Im Verlauf von sieben Wochen war Einheilung des Drahtes und Vernarbung der Wunde erzielt.

Die Methode erscheint zum Unterkieferersatz besonders werthvoll, wegen ihrer Einfachheit und der völligen Ausführbarkeit von Seiten des Chirurgen, ohne dass dieser der Hilfe eines Technikers benöthigt. Seelhorst.

Ueber einen Fall von Replantation eines Zahnes.

Von Dr. Meinhard.
(Wratsch 1900, No. 6.)

Ein junges Mädchen schlug sich beim Sturz auf der Treppe einen der oberen Schneidezähne aus. Ca. 3 Stunden nach dem Unfall erschien sie im Krankenhause und zeigte den ausgebrochenen Zahn, dem ein Theil der Alveole anhaftete. Der Zahn wurde sammt der Alveole zunächst in 30 %iger Alkohollösung, dann in Borsäurelösung gewaschen, die Mundhöhle desgleichen mit Borsäurelösung ausgespült, worauf der Zahn wieder in seine Alveole hineingesteckt wurde. Auf den replantirten Zahn wurde ein durch den Mund geführter Verband angelegt. Die Patientin trug den Verband ca. 14 Tage, wobei sie die ganze Zeit fast ausschliesslich von flüssiger Nahrung lebte. In der zweiten Woche stiess sich ein Theil der mit dem Zahne replantirten Alveole ab, worauf das Zahnfleisch allmählich normales Aussehen bekam. Nach einem Monat war der replantirte Zahn bereits so eingewachsen, dass die Patientin mit demselben wieder kauen konnte. Gegenwärtig empfindet die Patientin keine Schmerzen in dem Zahne mehr, der sich von den übrigen nur durch sein höheres Vorstehen unterscheidet. Lb.

Innere Medizin.

Erkrankungen der Nasenschleimhaut als Gewerbekrankheit der Drechsler.

Von Dr. Rudolf Blum-Znaim.
(Wiener klinische Wochenschrift No. 6, 1901.)

Bei der Herstellung von Spazierstöcken werden die der Rinde entblössten Haselnussstöcke durch einen Kreishobel auf das bestimmte Kaliber gebracht, dann in die sogenannte Beize getaucht, das ist eine zehnprozentige Lösung von doppeltchromsaurem Kalium, und hierin bis zu einer Viertelstunde belassen. Die weitere Bearbeitung dieser Stöcke erzeugt starken Staub, der mit kleinsten Chromsäurekryställchen vermengt ist. Die so verunreinigte Luft ruft ein Krankheitsbild in der Nase hervor, das Verf. wie folgt beschreibt: Die Nasenschleimhaut ist im Ganzen geschwollen, die Athmung durch die Nase behindert oder gar unmöglich, an der äusseren Haut unterhalb der Nasenöffnung finden sich häufig speckig belegte, aus Bläschen hervorgegangene Substanzverluste der Epidermis. Die Rhinoscopia anterior zeigt an der Nasenscheidewand, sowie an den vorderen Flächen der unteren und mittleren Muschel weisslichgraue Beläge, die auf der entzündeten Schleimhaut aufliegen, sich nicht abheben lassen, beim Versuche, sie zu entfernen, leicht einreissen und unter sich eine wunde blutende Fläche erkennen lassen. Bei der Rhinoscopia posterior ist von Belägen nichts wahrzunehmen; ebenso wenig pflegt die Mund- und Rachenschleimhaut oder die Konjunktiva Veränderungen aufzuweisen. Im weiteren Stadium der Erkrankung kommt es zur Bildung von Geschwüren mit weissfarbigen, speckig belegten Rändern, welche gelegentlich zur Perforation der Nasenscheidewand führen. Schliesslich kann es zu einer vollkommenen Zerstörung des knorpeligen Theiles des Septums kommen. Die Beschwerden, welche die Erkrankung macht, sind nicht sonderlich gross; die Lungen bleiben meist unbetheiligt. Ohne Zweifel handelt es sich um eine Gewerbekrankheit im wahren Sinne des Wortes. Der Behandlung muss deshalb vor Allem eine sachgemässe Prophylaxe vorangehen, welche dafür sorgt, dass die ursächliche Schädlichkeit in Wegfall kommt. Der Staub, welcher reichlich chromsaure Salze mit sich führt, muss möglichst vollständig aus dem Arbeitsraume entfernt werden. Der Prophylaxe dient weiterhin die Maassregel, dass immer nur eine Gruppe von Arbeitern mit der Kalibeize durch einige Tage beschäftigt und dann von einer anderen Schicht abgelöst wird, so dass ein und derselbe Arbeiter nur kurze Zeit mit dem Staub in Berührung kommt. (Staubmasken!) In Bezug auf die Therapie der erkrankten Nase ist nichts Besonderes zu bemerken. —y.

Ueber die Wechselbeziehungen zwischen der Bubonenpest und den anderen Formen der hämorrhagischen Septikämie.

Von Dr. Constansow.
(Wratsch 1900, No. 49.)

Verf. fasst seine Untersuchungen in folgenden Schlussätzen zusammen:

1. Die zuvor erzeugte aktive und passive Immunität gegen Hühnercholera, Schweinepest und Schweineseuche übt auf den Gang einer späteren Bubonenpest-Infektion keinen Einfluss aus.
2. Desgleichen bleibt eine passive Immunität gegen Bubonenpest ohne Einfluss auf eine eventuelle Infektion mit den im Vorstehenden bezeichneten Infektionskrankheiten.
3. Das Fehlen von Wechselbeziehungen zwischen Immunität gegen Bubonenpest und der gegen die angeführten Arten der hämorrhagischen Septikämie spricht dafür, dass die Pest in der fraglichen Gruppe von Krankheitsprozessen eine selbstständige Stellung einnimmt.
4. Das antipestöse Heilserum kann als differential-diagnostisches Hülfsmittel zur Feststellung der Bubonenpest angewandt werden.
5. Es besteht ein auffallender Unterschied zwischen den sehr ähnlichen Formen der hämorrhagischen Septikämie bezüglich ihres Vermögens, der Einwirkung einer Temperatur von 45° Widerstand zu leisten. Lb.

Zur Lehre vom Hitzschlag.

Von Dr. Max Herford, Assistenzarzt des städt. Krankenh. am Urban zu Berlin.
(Deutsche Med. Woch. 1900 No. 52.)

Im heissen Sommer 1900 hatte Verf. Gelegenheit, eine Reihe von Hitzschlagfällen zu beobachten, unter denen 4 ein besonderes Interesse darbieten.

Zweien davon waren als bemerkenswerthe Störungen Darmblutungen und Gelbsucht gemeinsam. Der eine dieser Fälle verlief günstig, der genauer geschilderte andere endete tötlich. Hier handelte es sich um einen Mann, der mit 42 Grad, blausüchtig, tiefbewusstlos und mit schnarchender Athmung eingeliefert worden war, sich aber bei kräftiger Wärmeentziehung derartig erholte, dass binnen 24 Stunden alle bedrohlichen Erscheinungen geschwunden schienen. Nach einem weiteren halben Tage aber wurde der Kranke gelb, entleerte pechschwarze Stühle und verfiel wieder in hohes Fieber. Am nächsten Vormittag trat Herzschwäche ein, welcher bald der Tod folgte. Bei der Sektion fanden sich Blutungen in der innern Herzhaut und im obern Theil des Magendarmkanals.

Die Leber sah ähnlich aus wie bei akuter gelber Atrophie und war an vielen Stellen mit Blutfarbstoff durchtränkt.

Auch die beiden andern Kranken wurden in demselben Allgemeinzustand, nur mit niedrigeren Temperaturen eingeliefert. Bei ihnen dauerte die allgemeine Erholung ungefähr eine Woche und als Zwischenfälle ereigneten sich bei dem einen bedenkliche Aufregungszustände, bei dem Andern wieder Gelbsucht und Darmblutungen, die jedoch vorübergingen. Nachdem bei diesen Kranken das Allgemeinbefinden zur Norm zurückgekehrt war, blieben Störungen von Seiten des Nervensystems zurück: Auf allen Muskelgebieten, in den Armen und Beinen, wie auch bei der Sprache war das Zusammenwirken und das richtige Maass der Bewegungen gestört, während gleichzeitig Lähmungserscheinungen oder Störungen der Reflexe fehlten. Mit andern Worten, es bestand eine allgemeine Ataxie. Beim Sprechen äusserte sich dieselbe darin, dass zwar einzelne Buchstaben richtig gesprochen, die ganzen Worte aber durch unmotivirte Vor- und Nachschlagsilben und, wenn sie länger waren, vermöge eines Durcheinanderwerfens der einzelnen Silben und Laute entstellt wurde. Wenn die Kranken, die vollkommen das Bewusstsein ihrer mangelhaften Sprache hatten, sich besonders anstrengten, die Fehler zu vermeiden, so kam es vor, dass sie eine ihnen besonders schwer erscheinende Wortbildung rasch und gewaltsam hervorstiessen, dabei aber die Herrschaft über die folgenden Satztheile derartig verloren, dass von diesen nur ein undeutliches Gemurmel übrig blieb. Der eine von diesen Kranken, welcher bei seiner Einlieferung nur 39,2 Grad gehabt hatte, erholte sich derart, dass er nach einem Monat wieder arbeitsfähig war und etliche Monate später nur noch an einer gewissen Kraftlosigkeit der Sprache die überstandene Krankheit erkennen liess. Der Andere dagegen, dessen erste Temperatur 41 Grad betragen hatte und der auch von Gelbsucht und Darmblutungen befallen gewesen war, zeigte weniger Neigung zur Heilung, er war zur Zeit der Veröffentlichung noch stark ataktisch an Sprache und Gliedmassen, sodass die Aussicht auf vollständige Wiederherstellung für ihn gering ist.

Das Krankheitsbild am Nervensystem entspricht der von Leyden geschilderten Ataxie nach akuten Infektionskrankheiten, deren Ursache man in verstreuten Entzündungsherden im Rückenmark und verlängerten Mark gefunden hat. Hier beim Hitzschlag wird man allerdings nicht an Entzündungs-, sondern an Blutungsherde denken müssen.

Darauf deutet das Vorkommen von Blutungen aus andern Organen, und Verf. meint, dass die verstreuten Blutungen dieselbe Ursache haben wie die bei schweren Verbrennungen beobachteten. Ueberhaupt zeigt das klinische und anatomische Bild der Verbrennungen eine so grosse Aehnlichkeit mit dem des Hitzschlages, dass es naheliegt, auch bei diesem die Veränderungen in den innern Organen auf eine Ueberhitzung des Blutes zurückzuführen. So erklärt es sich dann auch, dass in den vorliegenden Fällen die Schwere des Verlaufs mit der anfänglichen Temperatursteigerung parallel geht.

Ein Fall von Graves'scher Krankheit.

Von Dr. Konosewitsch.

(Wratsch 1900, No 12.)

Der Fall verdient besonderes Interesse, weil in demselben eine psychische Emotion den Anstoss der Entwickelung des Krankheitsprozesses gegeben zu haben schien. Die betreffende 67jährige Patientin wurde einmal des Nachts durch Feuerrufe dermassen erschreckt, dass sie längere Zeit nicht zu sich kommen konnte und am ganzen Körper ein Gefühl von Taubsein empfand. Bereits nach einigen Stunden machte die Patientin die Wahrnehmung, dass ihr das Kleid am Halse zu eng geworden und am Halse selbst eine Geschwulst aufgetreten sei. Das Gefühl von Taubsein verschwand nach einigen Tagen, wurde aber durch ziehende Schmerzen im hinteren Theile des Halses ersetzt; gleichzeitig stellten sich Anfälle von Herzklopfen, Zittern am ganzen Körper und hochgradige allgemeine Schwäche ein. Der Appetit verschwand, der Schlaf wurde unruhig. Auch der Charakter der Kranken änderte sich sehr: Die Patientin wurde äusserst empfindlich, reizbar und weinerlich, zugleich wurde sie auch ziemlich zerstreut. In den letzten Monaten wurden die Anfälle von Herzklopfen häufiger, und gleichzeitig stellten sich Schmerzen im Herzgebiet ein; diese letzteren waren nun für die Patientin der Beweggrund, ärztliche Hilfe aufzusuchen.

Die Untersuchung ergab: Vergrösserung der Schilddrüse, Steigerung der Sehnenreflexe und Beschleunigung des Pulses bis auf 118 in der Minute. Sämmtliche Sensibilitätsarten erhalten. Innere Organe normal, desgleichen der Harn. Unter dem Einflusse allgemein hygienischer Massnahmen und unter Behandlung mit Galvanisation und Nervenmitteln wurden die Anfälle von Herzklopfen schwächer, während die ziehenden Schmerzen am Halse vollkommen verschwanden.

Die Affektion konnte im vorstehenden Falle mit der erlittenen psychischen Emotion um so mehr in Zusammenhang gebracht werden, als sich ein anderer ätiologischer Anhaltspunkt nicht eruiren liess; ganz besonders wurde Syphilis sowohl von der Patientin selbst negiert, wie auch auf Grund des Fehlens jeglicher Anhaltspunkte mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen. Lb.

Neurologie und Psychiatrie.

Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

Von Dr. J. Krayatsch, Direktor der niederösterreich. Landesirrenanstalt in Kierling-Gagging.

(Wiener Klinische Wochenschrift No. 1, 1901.)

Entweichungen von Geisteskranken aus den Irrenanstalten gehören zu den nicht grade seltenen Vorkommnissen, die aber in den meisten Fällen einen harmlosen Ausgang haben. Anders liegt die Sache bei der Entweichung geisteskranker Verbrecher. Unter diesen finden sich verkommene Degenerirte, welche wegen schwerer Verbrechen wiederholt gerichtlich belangt wurden und entweder wegen zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit nach Einstellung des Gerichtsverfahrens oder aus der Haft in Folge Nachweises einer Geistesstörung der Irrenpflege übergeben werden müssen. Die Ueberwachung dieser Personen ist eine äusserst schwierige, ihre Aufnahme in die Irrenanstalt mit vielen Unzuträglichkeiten verbunden. In manchen Staaten werden deshalb Geisteskranke mit verbrecherischem Vorleben in gesonderten Abtheilungen untergebracht. Verfasser verlangt auch für Oesterreich eine solche Ordnung der Dinge und stellt folgende Leitsätze auf: 1. In jedem Sprengel eines Oberlandesgerichtes wird in je einer Strafanstalt für Männer und Frauen eine Irren-Krankenabtheilung errichtet. In dieser erfahren eine fachärztliche Behandlung auf Gerichtsbeschluss: a) alle an einer Geisteskrankheit leidenden brutalen Zwänglinge, Häftlinge und Sträflinge des Oberlandesgerichts-Sprengels, über die Dauer der Erkrankung, bezw. Strafhaft, b) alle der Simulation verdächtigen brutalen Angeklagten, Zwänglinge, Häftlinge und Sträflinge des Oberlandesgerichts-Sprengels während der Beobachtungsfrist. 2. In den Spitälern der Gefängnisse in Universitätsstädten werden eigene Irrenabtheilungen eingerichtet zur vorübergehenden Unterbringung jener brutalen Angeklagten, Zwänglinge, Häftlinge und Sträflinge, bei welchen wegen Verdacht auf Geistesstörung und

r sich daraus ergebenden Exculpation ein Fakultätsgutachten ngeholt werden soll. 3. Nicht brutale geisteskranke Verecher werden der öffentlichen Irrenanstalt zur weiteren lege übergeben. 4. Alle nicht brutalen Geisteskranken, elche wegen einer verbrecherischen Handlung in Untericchung stehen, und bei welchen wegen erhobener Unzuichnungsfähigkeit die Gerichtsverhandlung eingestellt wurde, erden der öffentlichen Irrenanstalt zur weiteren Behandlung nd Pflege übergeben. 5. Ist das Vorleben eines geistesranken Untersuchungsgefangenen oder Häftlings ein dertiges, dass es die Unterbringung aus Gründen der Sichereit in eine öffentliche Irrenanstalt nicht zulässt, so ist er in iner eigenen Irrenabtheilung der Landes-Irrenanstalt zu verahren. Die Unterbringung eines solchen Pfleglings in dieser btheilung erfolgt nur auf Gerichtsbeschluss. Brutale verrecherische Geisteskranke solcher Kronländer, welche nicht n der Lage sind, eigene Abtheilungen zu ihrer Unterbringung u schaffen, werden nach Genehmigung des Obergerichtes gegen Bezahlung der Verpflegekosten in der Irrenabtheilung les Strafhauses des Sprengels verpflegt. 6. Alle derzeit in len Landesirrenanstalten untergebrachten brutalen verbrecherischen Geisteskranken können nach eingeholtem Gerichtsbeschlusse entweder in einer Sonderabtheilung der öffentlichen Irrenanstalt oder in der Irrenabtheilung der Strafhausspitäler untergebracht werden. 7. Alle geisteskranken Verbrecher, welche in der Sonderabtheilung einer Irrenanstalt oder in der Irrenabtheilung eines Strafhausspitales untergebracht werden, müssen zu ihrem Rechtsschutze alljährlich einer Gerichtskommission unter Zuziehung von Fachärzten ob ihrer Eignung zur strengeren Verpflegsart in den genannten Abtheilungen vorgestellt und das Ergebniss an die betreffende Kuratels-Instanz bekannt gegeben werden. —y.

Ueber einen Fall von Myelitis apoplectica.

Von Georg Flatau.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Pychiatrie. Jan. 1901.)

Der Fall akuter Spinalerkrankung bietet mancherlei Interesse wegen seine Verlaufs, seiner Lokalisation und Aetiologie.

Der erblich nicht belastete, früher stets gesunde Patient bekam mit 16 Jahren einen Zahnabscess und Eiterung der Highmorshöhle. Etwa vier Wochen darnach plötzlich eines Morgens Lähmung des linken Armes und Beines und Taubheitsgefühl im rechten Bein, dabei Stuhl- und Urinverhaltung, welche etwa 14 Tage anhielt. Allmähliche Besserung der motorischen Störungen. Jetzt, etwa 20 Jahre später, zeigt sich das linke Bein im Wachsthum zurückgeblieben; keine erhebliche Funktionsstörung; deutliche Steifigkeit; erhöhter Patellarreflex, Fussklonus und Babinski'sches Phänomen. Linker Arm ebenfalls in der Entwickelung zurückgeblieben; auf linker Hand und Unterarm herabgesetzte Empfindung für heiss; erhebliche Funktionsstörung der linken Hand: Schwäche der interossei und lumbricales, des flexor sublimis und profundus, besonders für Daumen und Zeigefinger, und des flexor pollicis longus; völlig aufgehobene elektrische Erregbarkeit der Beuger des Daumens und Zeigefingers. Linke Pupille und Lidspalte enger als die rechte; normale Lichtreaktion.

Die ursprüngliche Kombination der Lähmung mit Gefühlsabstumpfung der anderen Seite entspricht dem unvollkommen entwickelten Brown-Séquard'schen Symptomenkomplex. Der Heerd trifft vorzugsweise die graue Substanz des Halsmarks und zwar die Gegend des Vorderhorns vom siebenten Cervical- bis zum ersten Dorsal-Segment. Ursprünglich war auch die weisse Substanz der linken Seite betheiligt. Die spastischen Erscheinungen mit dem Babinski'schen Phänomen deuten auf eine Betheiligung der Pyramidenstränge.

Hämatomyelie ist unwahrscheinlich bei dem Mangel jeglicher entsprechenden Ursache (Verletzung, starke Muskelanstrengung oder dergleichen), ebenso Poliomyelitis beim Fehlen jedes fieberhaften Vorstadiums und bei der Nichtbeschränkung des Prozesses auf das Gebiet der grauen Substanz. Am ehesten ist noch myelitis acuta anzunehmen, die, wenn sie sich so rapide entwickelt wie im vorliegenden Falle, die Bezeichnung myelitis apoplectica verdient. Verf. denkt an den Zahnabscess als Ausgangsstelle des Myelitis.

E. Schultze, Andernach.

Hysterische Hüfthaltung mit Skoliose.

Von J. K. A. Wertheim Salomonson.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XIX, H. 1, 1900.)

Die beiden mitgetheilten Fälle hysterischer Skoliose bieten dadurch ein besonderes Interesse, als es sich nicht um eine primäre, sondern um eine sekundäre Skoliose handelt, die bedingt war durch eine höchst eigenartige Körperhaltung im Hüftgelenk. Solche Fälle sind offenbar auch früher schon gesehen und mitgetheilt, aber sie sind nicht scharf genug getrennt von den primären Formen.

Die Kontraktion im Hüftgelenk ist im grossen und ganzen eine starke Uebertreibung der physiologischen Haltung, die entsteht, wenn der Körper auf einem Beine ruht, der Haltung, die Richer als station hanchée (Hüfthaltung) beschrieben hat. Das tragende Bein ist hierbei vollständig gestreckt, ein wenig adduzirt, das andere Bein steht meist vor dem tragenden Bein und ist im Knie gebeugt; das Becken steht mit der crista höher auf der gestützten Seite, und der Rücken ist leicht skoliotisch mit der Konvexität nach der nicht tragenden Seite; die Schulter der tragenden Seite steht tiefer. V. spricht daher geradezu von einer attitude hanchée mit Skoliose.

Die Affektion kann ebenso schnell auftreten wie sie verschwindet; dabei hatten die beiden Patienten ein Gefühl, als ob im Hüftgelenk etwas „vergehe" oder zerspränge; V. führt dies auf eine physiologische Subluxation des Femur zurück.

Gegen hysterische Koxalgie sprach das Fehlen von Schmerzen bei der Bewegung und Ruhe und der Mangel der Hyperästhesie der Weichtheile in der Umgebung des Hüftgelenks.

Schliesslich weist H. darauf hin, dass die so eigenartige Hüfthaltung mehr ein Zeichen von Muskelasthenie ist, dass aber jedem Versuch der Korrektion (schon beim blossen Aufheben) eine sofort auftretende Kontraktur widerspricht.

E. Schultze-Andernach.

Untersuchungen über das Lokalisationsvermögen bei Sensibilitätsstörungen.

Von Otfried Förster.

Ein Beitrag zur Psychophysiologie der Raumvorstellung.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX. H. 1 und 2. 1901.)

Bei der Empfindung, welche durch die Einwirkung eines Reizes auf die Haut bedingt ist, ist zu unterscheiden die Qualität der Empfindung (Berührung, Schmerz, Wärme, Kälte), die Intensität und der Ort des Reizes. Die drei Momente erscheinen als unter sich gleichwerthige Attribute der Empfindung.

Verf. wendet in der vorliegenden Arbeit nur dem lokalen Momente der Empfindung seine Aufmerksamkeit zu und kommt zu recht interessanten Ergebnissen. Nach dem Vorschlage Volkmann's benutzt er die Weber'sche Untersuchungsmethode in modifizirter Form: er berührt die Haut bei geschlossenen Augen der Versuchsperson und lässt diese die berührte Stelle nach Oeffnen der Augen angeben. Um die Versuchsbedingungen möglichst günstig zu gestalten, verwendet er nur Berührungen, welche als solche deutlich wahrgenommen werden.

Er unterscheidet zwei Gruppen von Krankheitsfällen; bei der einen war das Lokalisationsvermögen gar nicht, bei der andern erheblich gestört. Beide Gruppen stimmten darin überein, dass mehr oder weniger ausgesprochene Sensibilitätsstörungen vorliegen, wobei der Ursprung der Sensibilitätsstörung recht verschiedenartig war. Es bestand aber insofern ein wesentlicher Unterschied, als in den Fällen mit erhaltener Fähigkeit der Lokalisirung die Bewegungsempfindlichkeit intakt, in den andern Fällen aber gestört war. Das Lokalisationsvermögen ist somit von der Fähigkeit, die Berührung zu empfinden, grundverschieden. Massgebend für das Lokalisationsvermögen ist vielmehr die intakte Bewegungsempfindlichkeit, aber nicht allein, da hier auch den Gesichtsempfindungen, wenn auch vorwiegend bei den groben Differenzirungen, eine Rolle zukommt. In einem Gebiete normaler Hautsensibilität hat das Lokalisationsvermögen gelitten, wenn hier die Bewegungsempfindungen gestört oder aufgehoben sind, eine Beobachtung, die schon früher u. A. Hoffmann und Hönig gemacht haben.

Die engen Beziehungen zwischen der Störung der Bewegungsempfindungen und der des Lokalisationsvermögens erscheinen erklärlich, wenn man das räumliche Moment der Empfindung nicht als etwas Angeborenes und mit der Empfindung selbst unmittelbar Gegebenes ansieht — dem widerspricht schon die Beobachtung, dass das lokale Moment der Empfindung allein in Wegfall gekommen sein kann —, sondern als etwas Erworbenes anspricht. Hierbei spielen eben die Bewegungsempfindungen eine Hauptrolle, indem einer einzelnen Berührungsempfindung eine bestimmte Bewegungsempfindung entspricht. Kann ein Glied in Folge angeborener oder frühzeitig erworbener Hemiplegie nicht gebraucht werden, so kommt es nicht zur Entstehung von Bewegungsempfindungen, und somit fehlt es an der Vorbedingung für das Entstehen des lokalen Moments. Das ist in der That der Fall, wie Verfasser zeigt.

Andererseits muss die einmal erworbene Association von Berührungsempfindung mit der entsprechenden Bewegungsempfindung immer wieder aufgefrischt werden. Fallen die Bewegungsempfindungen in Folge mangelhafter oder fehlender Bewegung später aus, so treten Lokalisationsstörungen auf. Die Bewegungsempfindungen können aber auch fortfallen wegen Störung der sie vermittelnden Gelenksensibilität. Der Schwere der Störung der Bewegungsempfindung wird im Allgemeinen die der Lokalisationsstörung entsprechen; immerhin wird es einige Zeit dauern, bis nach dem Ausfall der Bewegungsempfindung sich Störungen des Lokalisationsvermögens zeigen.

Einer der mitgetheilten Fälle nimmt dadurch eine Sonderstellung ein, als ohne Gebrauchsunfähigkeit und bei sehr geringer Störung der Bewegungsempfindungen grobe Störungen des Lokalisationsvermögens vorhanden waren. Es handelte sich um einen Fall cortikaler Tastlähmung Wernicke's, und die Störung beruhte somit auf einer Erkrankung der Armregion der betreffenden Grosshirnhemisphäre. „Das Lokalisiren, ein cerebraler Associationsvorgang, ist aufgehoben in Folge Fehlens des associirenden Substrates".

Störungen der Lokalisationsfähigkeit, die sich nicht aus Störungen der Bewegungsempfindung oder andern peripheren Ursachen erklären lassen, sprechen also für eine cortikale Affektion. E. Schultze-Andernach.

Vergiftungen.

Ein Fall von Vergiftung mit Berthollet'schem Salz.

Von Dr. Wojzechowski.

(Wratsch 1900, No. 23.)

Es handelt sich um einen Selbstmordversuch. Die betreffende 28jährige Patientin hat für ca. 50 Pf. gekauftes Berthollet'sches Salz (chlorsaures Kali) in einzelnen Portionen in Oblaten zu sich genommen und nach jeder Oblate Selterwasser nachgetrunken. Sie erbrach mehrmals flüssige, dunkle Massen und ebensolche Massen entleerte sie zweimal per anum. Die Umgebung erfuhr von der Vergiftung erst nach fünf Stunden. Die Patientin ist unruhig, klagt über Kopfschmerzen und Brustbeklemmung. Bei der objektiven Untersuchung fällt vor allem die cyanotische Verfärbung des Gesichts auf, die an den Ohren, am Nasenrücken und an den Wangen am deutlichsten ist. Ungefähr dieselbe Verfärbung zeigen die Dorsalflächen der Hände, das Abdomen und der Rücken. Puls schwach, beschleunigt, Athmung beschleunigt und tief. Das der Armvene entnommene Blut zeigt das Aussehen von Theer. Gegen Abend verfiel die Patientin in soporösen Zustand, der die ganze Nacht anhielt. Der Gesammtverlauf der Vergiftung war folgender: Erster Tag gastrische Störungen, dunkle Verfärbung der Hautdecken, Asthma, Verfall der Herzthätigkeit, Somnolenz, chokoladefarbene Verfärbung des Blutes. Zweiter Tag: Fieber, Durchfall, spärlicher kaffeefarbener Harn, Delirium nach vorübergehender Rückkehr des Bewusstseins. Dritter Tag: Unruhe, Delirien, Tod unter Erscheinungen von zunehmender Herzschwäche. — Die Sektion unterblieb leider.

Bei dieser Gelegenheit berichtet W. über einen weiteren von ihm im Dezember 1899 beobachteten Fall von Vergiftung mit Berthollet'schem Salze. Es erschien in seiner Sprechstunde ein 19jähriger junger Mann mit auffallender gelblicher Verfärbung des Gesichts, die an die Farbe einer schwachen Pikrinsäurelösung erinnerte. Der Kranke war so schwach, dass er kaum zu stehen vermochte und wurde von W. einem Krankenhause überwiesen. Es stellte sich heraus, dass der Kranke aus Versehen einen Esslöffel chlorsaures Kali statt Glaubersalzes zu sich genommen hat. Zum Schluss erinnert sich Verf. eines weiteren 20 Jahre zurückliegenden Falles aus seiner Praxis, in dem es sich gleichfalls um versehentliche Einnahme von Berthollet'schem Salz statt Glaubersalz gehandelt hatte. Letzterer Fall verlief tötlich. Der Kranke ging zu Beginn der dritten Woche unter Erscheinungen von Urämie zu Grunde.

Behufs Vermeidung derartiger Vorkommnisse empfiehlt Verf., den in Russland gestatteten freihändigen Verkauf des Berthollet'schen Salzes in Apotheken und Drogerien zu untersagen. Lb.

Unfälle durch Dimethylsulfat.

Von Dr. Leymann, Reg.- und Gew.-R. in Wiesbaden.

(Zeitschr. d. Zentralst. f. Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen, 1901, No. 3.)

In der chemischen Industrie findet neuerdings ein Stoff ziemlich ausgedehnte Verwendung, der entsteht, wenn man konzentrirte Schwefelsäure auf Methylalkohol (Holzgeist) einwirken lässt. Es ist dies der Doppel-Methylesther der Schwefelsäure, das Dimethylsulfat. Durch diese Substanz, eine Flüssigkeit, die erst bei 188 Grad siedet und daher von vorn herein auch nicht als sehr flüchtig gelten konnte, sind im September v. J. an verschiedenen Orten schwere Unglücksfälle vorgekommen. Ein Chemiker, dem sich durch ein Versehen Dimethylsulfat über den unteren Theil des Körpers ergoss, erlitt nicht nur örtlich Verbrennungen, sondern erkrankte auch an beiderseitiger Hornhautentzündung und rechtsseitiger Lungenentzündung, die seinen Tod herbeiführte. Bei einem Arbeiter, der die Dämpfe des Methylsulfats eingeathmet hatte, trat eine brandige Zerstörung der Schleimheit der gesammten Luftwege auf, und auch er starb an Lungenentzündung.

Verf. vermuthet, dass das Dimethylsulfat den Geweben Wasser entzieht, um sich entweder in Schwefelsäure und Methylalkohol oder in Schwefelsäure und einfache Methylschwefelsäure umzusetzen, er verkennt aber nicht, dass damit die un-

geheure Aetzwirkung der Dünste eines erst so hoch siedenden Stoffes noch nicht ganz erklärt ist.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner psychiatrischer Verein.

Bericht der Sitzung vom 15. Dezember 1900.

1. Herr **Richter:** Demonstration von Schnitten durch Gehirn und Rückenmark bei einer sieben Jahre alten Schussverletzung des Gehirns.

R. berichtet über die klinischen Erscheinungen und den Sektionsbefund eines Falles von Schussverletzung des Gehirns und demonstrirt eine Reihe von Schnitten durch Hirn und Rückenmark mit dem Projektionsapparat. Die Kugel war durch das rechte Scheitelbein in das Gehirn eingedrungen, war durch das obere Ende der vorderen Centralwindung rechts geschlagen, im Sulcus praecentralis bis zur Mittellinie vorgedrungen, hatte die Sichel ohne Verletzung des Sinus longitudinalis durchbohrt und war so in die linke Hemisphäre gelangt. Hier verlief sie durch die vordere Centralwindung und blieb in der linken hinteren Centralwindung stecken. Der Schädel war rechts durch Trepanation eröffnet worden, ohne dass die Kugel gefunden werden konnte. Es war eine Lähmung des linken Arms und beider Beine nebst Blasenlähmung eingetreten. Abgesehen von den Verletzungen des Schusskanals sieht man von dort aus auf den Präparaten degenerirte Züge in den Balken hineinstrahlen, z. Th. auch in den Sehhügel. Am Rückenmark sind in verschiedenen Strängen sekundäre Degenerationen zu bemerken, ausser einer Stelle, an welcher eine Kompression durch die bei der Verletzung entstandene Blutung erkenntlich ist. Vortr. bespricht seine Auffassung über die Anordnung der Balkenfaserung und das Verhalten derselben zum Stabkranz und geht auf die Beziehungen der klinischen Symptome des Falles zu den pathologisch-anatomischen Befunden ein. Der Fall beweise die Schwierigkeit einer lokalen Diagnose bei einer Schussverletzung des Gehirns und mahne darin zur Vorsicht.

Herr Moeli setzt die Nothwendigkeit auseinander, zur Erkennung der schwächeren Degenerationen die verschiedenen Methoden der Markscheidenfärbung anzuwenden.

2. Herr **Geelvink:** Ueber Hirn-Cysticerken.

G. demonstrirt zwei Gehirne mit Cysticerken.

Im Mark des rechten Scheitellappens ist im einen Gehirn eine 5 cm breite und 4 cm hohe Höhle zu sehen, die durch eine quere Wand von Gehirnsubstanz geschieden ist. Jede Abtheilung ist mit einer weisslichen Membran ausgekleidet, die sich mikroskopisch als zum Cysticercus der Taenia solium gehörig erweist, zumal Haken gefunden wurden und gleichzeitig zahlreiche gewöhnliche Finnen vorhanden waren. Der zweite Fall ist ein Beispiel von Cysticercus racemosus: linsengrosse, traubenartig angeordnete Bläschen an der Gehirnbasis und lange weissliche Schläuche und Säcke ebendort und im Rückenmark. Unter den ersten 1200 Sektionen in Herzberge fanden sich neun Mal Cysticerken im Gehirn, also in einem verhältnissmässig hohen Prozentsatz. Klinisch hatten sie in vier Fällen keine Erscheinungen gemacht, in zweien das Bild multipler Erweichungsheerde hervorgerufen; in einem wurde Gehirn- und Rückenmarkssyphilis angenommen und in den beiden letzten wurden bei Altersblödsinn Zeichen lokalisirter Erkrankung mit unklarer Entstehung bemerkt. Die Anamnese eines Falles ergab, dass die Cysticerken-Invasion mindestens 24 Jahre zurückdatirte.

3. Herr **Max Edel:** Vergiftung mit Höllensteinstiften. (Autoreferat).

Der Höllensteinstift hat hin und wieder dadurch zu Vergiftungserscheinungen geführt, dass er bei Anwendung im Rachen unglücklicherweise abbrach und verschluckt wurde. Abgesehen von einem tötlich verlaufenen Fall sind daraus keine ernsteren Folgen entstanden. Die Sektion wies in diesem Fall weisse Färbung und oberflächliche Verschorfung der Rachenschleimhaut, Entzündung und Anätzung des stellenweise weisslich verfärbten Magens und Darmkanals auf. Vortr. berichtet unter Demonstrirung eines nach der Kaiserlingschen Methode conservirten und im Institut für Staatsarzneikunde aufbewahrten Präparates der Halsorgane über einen Fall von Verätzung des Mundes, Schlundes und Kehlkopfes, welche sich ein Paranoiker durch Verschlucken von drei Höllensteinstiften in selbstmörderischer Absicht zugefügt hatte. Derselbe war bald darauf in das Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg mit einer rechtsseitigen fibrinösen Pneumonie aufgenommen worden. An mehreren Fingern der rechten Hand befanden sich tiefschwarze Flecke, die von den Höllensteinstiften herrührten. Die Zunge war an den Seiten, wo die Luft weniger Zutritt hatte, milchig weiss, in der Mitte mit dunkelbraunschwarzem Aetzschorf belegt. Von der Unterlippe, dem Zahnfleisch und harten Gaumen lösten sich schwarze Fetzen los. Der Patient delirirte. Interessant war die paranoische Auslegung seiner Mundverätzung. Der Kiefer wäre ihm mittelst eines elektrischen Drahtes verbrannt. Sein Mund brenne, er könne nicht schlucken, weil lauter Zahnsplitter darinsässen. Das wäre mit Gewalt gemacht worden. Er verlange Schadenersatz. Trotz excitirender Behandlung starb er nach wenigen Tagen an der Lungenentzündung. Die Sektion ergab als Todesursache fibrinöse Pneumonie rechts, Hyperämie und Oedem der linken Lunge, Rötung und Schwellung der Bronchialschleimhaut, Anfüllung der Bronchien mit ödematöser Flüssigkeit. Auf dem Zungenrücken sieht man den braunschwarzen Aetzschorf. Der weiche Gaumen, Zäpfchen, Mandeln, Sinus pyriformis und Epiglottis waren von dicker graugrünlicher crupöser Membran umhüllt, welche auch die Speiseröhre völlig auskleidete und sich von dort wie vom grünlich gefärbten Zungengrund ohne Substanzverlust der Schleimhaut abstreifen liess. Die Verätzungen befinden sich zwischen Zungengrund und Kehldeckel, sind am stärksten im Sinus pyriformis beiderseits und erstrecken sich vom Zungengrund aus über die mitergriffenen Ligg. ary-epiglottica in den Kehlkopf in Gestalt von geschwürigen Streifen hinein, die über den Stimmbändern nach vorn ziehen. Im allgemeinen sind sie oberflächliche. Sie sind leicht zu erklären. Die Stifte werden im Affekt gleichzeitig in den Mund genommen und in den beiden Sinus pyriformes ein Weilchen stecken geblieben sein, bevor sie hinunter glitten. Dabei konnten sie dort eine stärkere Wirkung entfalten. Der Höllenstein hat sich offenbar im Mundschleim zum Theil gelöst, wofür die diffuse Natur der Verätzung spricht. Von dieser Lösung ist dann beiderseits etwas in das Innere des Kehlkopfs übergeflossen. Die übrigen nur flüchtig berührten Theile des Rachens und die Speiseröhre haben mit Ausschwitzung der crupösen Hülle reagirt und sich so vor stärkerer Verätzung geschützt. Magen und Duodenum wiesen Entzündungen auf. Die inneren Organe zeigten keine weissliche Verfärbung und makroskopisch wie mikroskopisch nur geringfügige parenchymatöse Veränderungen. Das Gehirn zeigte ödematöse Durchtränkung und Hyperämie. Die Lungenentzündung kann zufällig hinzugetreten sein. Es ist aber auch ein indirekter Zusammenhang zwischen der Vergiftung mit den Höllensteinstiften und der Pneumonie denkbar. Nach Thierversuchen Orfilas, Balls, Rougets und Gaethgens sind eine

enorme Hypersekretion der Bronchialschleimhaut, wie sie hier gefunden wurde, und schwere Respirationsstörungen durch Lähmung von Athmungsmuskeln nach Vergiftung mit Silbersalzen beobachtet. Es könnte daher auf dem durch diese Faktoren geschaffenen günstigen Boden der im Munde vorhandene Pneumonie-Erreger erst eine pathogene Wirkung entfaltet haben. M. E.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

Sitzung v. 22. Januar 1901.
(Münch. Med. W. 1901 No. 5).

H. Edlefsen. Ueber einen Fall von Opiumvergiftung.

Ein Arzt wurde zu einem Kinde von 7 Monaten gerufen, das an Brechdurchfall erkrankt war. Da Calomel erbrochen wurde, verordnete er in halbstündigen Pausen 6 mal 3 Tropfen Opiumtinktur, und nachher noch eine opiumhaltige Mixtur. So bekam das Kind gegen 0,7 gr Opiumtinktur. Auf das Körpergewicht des Kindes berechnet, heisst das: pro Kilogramm Körpergewicht 1,045 mg Morphium. Um den weiteren Verlauf kümmerte der Arzt sich nicht. Fünfzehn Stunden nach der ersten Opiumdarreichung fand ein zugezogener andrer Arzt das Kind in schlafähnlicher Betäubung mit aufs äusserste verengten Pupillen und erloschenen Reflexen. Nach drei weiteren Stunden starb es. Auch im Tode bestand die Pupillenenge fort. Die Darmfollikel waren etwas geschwollen, der Ernährungszustand war gut.

Vortr. hat in diesem Falle ein Gutachten dahin abgegeben, dass zweifellos der Tod Folge der Opiumvergiftung gewesen sei. Der betr. Arzt wurde wegen fahrlässiger Tödtung streng bestraft.

In der Diskussion betont H. Lenhartz, dass trotz des Sektionsbefundes Brechdurchfall als Todesursache doch nicht ganz ausgeschlossen sei. Scharf tadelt er das Verhalten des zweiten Arztes, der gegen die Opiumvergiftung Atropin angewandt hatte. Richtig wären Hautreize, Senfpackungen, künstliche Athmung gewesen. Er selbst habe auf diese Weise ein Kind gerettet, das bei Brechdurchfall statt Aether irrthümlich 0,025 Morphium subcutan erhalten hatte.

H. Just berichtet über zwei selbstbeobachtete Fälle, von denen einer günstig, der andere tötlich verlief.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

Sitzung vom 22. Oktober 1900.
(Münch. Med. W. 1901 No. 6).

H. Dreesmann. Ueber Wismutvergiftung.

Ein kräftiger Mann von 30 Jahren erlitt eine ausgedehnte Verbrennung des linken Beins. Fünf Tage später wurde damit begonnen, die Wunden mit 10prozentiger Salbe von Bismutum subnitricum zu verbinden. Nach 3 Wochen bemerkte man im Harn einen schwarzen, fest am Gefäss haftenden Bodensatz. Nach weiteren 3 Wochen bildete sich unter heftigen Schmerzen und Schlingbeschwerden eine Mundentzündung aus. Es bestand ein blaugrüner Saum am Zahnfleisch vor und hinter den Zähnen. Die Zunge und der Gaumen wurden blau wie nach Genuss von Waldbeeren. Nach Aussetzung des Wismuts gingen die Erscheinungen langsam zurück, Spuren der Verfärbung waren noch nach einem halben Jahre nachweisbar.

Verf. bespricht im Anschluss daran die Wismutvergiftung im allgemeinen, deren leichte Erkennbarkeit gleich beim Beginn es ermöglicht, schlimme Folgen meist abzuwenden.

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung vom 4. Februar 1901.
(Allg. Med. Centr. 1901. No. 14.)

H. Zinn: Akute Vergiftung mit Schweinfurter Grün.

Es handelt sich um einen Selbstmord, zu dem Schweinfurter Grün in einer Menge von vier Theelöffeln benutzt worden war. Der Verlauf war der gewöhnliche der akuten Arsenikvergiftung. Bei der ersten Stuhlentleerung wurde nur etwas Stuhlgang, im übrigen unverändertes Schweinfurter Grün zum Vorschein gebracht. Bei der Sektion war die Magenschleimhaut zum grossen Theil grün verfärbt, im Uebrigen bestanden im Magendarmkanal und den Nieren die Zeichen haemorrhagischer Entzündung.

In der Diskussion berichten Herr Fürbringer und Herr Michaelis über Fälle von Vergiftung mit Schweinfurter Grün mit Ausgang in Genesung.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Einfluss neuralgischer Schmerzen auf die Erwerbsfähigkeit.

Rek.-Entsch. vom 13. Juli 1900.

Dem Kutscher W. aus B. ist wegen einer am 1. Februar 1899 durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung des linken Fusses anfangs Vollrente, von 11. Juli 1899 ab aber eine 20prozentige Theilrente nach dem Gutachten des Dr. L. zugesprochen worden. In der hiergegen rechtzeitig eingelegten Berufung hat p. W. die Gewährung einer 50 prozentigen Theilrente seit dem 11. Juli 1899 beantragt. Das Schiedsgericht hob auch die Vorentscheidung auf und sprach dem Verletzten eine Rente von 50 Prozent zu, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Nach dem in schiedsgerichtlichen Verfahren eingeholten Obergutachten des kgl. Physikus Dr. B., leidet der Kläger, ausser an einem mit dem Unfalle nicht im Zusammenhang stehenden chronischen Brustleiden, an einer neuralgischen Schmerzhaftigkeit des linken Fusses und an einer Schwäche des linken Unterschenkels, beides Folgen der Unfallverletzung, welche nach Dr. B.'s Ansicht eine Einbusse an Erwerbsunfähigkeit um $66^2/_3$ Prozent bedingen. Das Schiedsgericht hat sich diesem einwandfreien Gutachten des beamteten, erfahrenen Sachverständigen ohne Bedenken angeschlossen und deswegen die Berufsgenossenschaft für verpflichtet erachtet, dem Kläger vom 11. Juli 1899 ab eine Theilrente in der von ihm beantragten Höhe von 50 Prozent zu gewähren. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein und beantragte, ein weiteres ärztliches Gutachten nach Beobachtung im Krankenhause einzuholen und demnächst anderweit zu erkennen. Von Seiten der Berufsgenossenschaft wird auf die grosse Differenz zwischen den bisherigen ärztlichen Schätzungen und des Grades der Erwerbsunfähigkeit (20 und $66^2/_3$ Prozent) hingewiesen und ferner ausgeführt, dass seitens des Dr. B. den Klagen des Verletzten ihrer Ansicht nach ein zu hoher Werth beigelegt worden sei. Das Reichs-Versicherungsamt hat weiteren Beweis erhoben. Es ist nach dessen Ersuchen vom Professor Dr. G. nach Beobachtung des Klägers im hiesigen Städtischen Krankenhause ein Obergutachten darüber erstattet worden, ob der Kläger durch die Folgen des Unfalles nur noch um 20 Prozent oder um wieviel mehr in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist und ob ausser den Beschwerden in der linken Unterextremität auch diejenigen in der Lendenwirbel- und Kreuzbeingegend durch den Unfall verursacht oder verschlimmert worden sind. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Nach dem Gutachten

des Professors Dr. G., einer massgebenden ärztlichen Autorität im Gebiete der Unfallverletzungen, erscheint es nicht erweislich, dass ausser den Schmerzen des linken Fusses und Unterschenkels auch die Beschwerden in der Lendenwirbel- und und Kreuzbeingegend von dem Unfall herrühren oder von diesem verschlimmert worden sind, weil ebensolche Beschwerden auch schon vor dem Unfall vorhanden gewesen sind. Dagegen sind die Schmerzen an dem linken Fuss und Unterschenkel, über welche W. seit dem Unfall klagt, nach dem Obergutachten wohl glaublich; sie werden danach von W. zwar etwas übertrieben, immerhin sind sie jedoch von derartigem Gewicht, dass sie nach der Schätzung des Professors G. die Erwerbsfähigkeit des Klägers um $33^1/_3$ Prozent beschränken. Diesem Gutachten hat das Rekursgericht sich um so mehr anschliessen zu sollen geglaubt, als wegen der Schwere des Unfalles — bei welchem der Kläger mit dem Fuss unter das Hinterrad eines Müllwagens gerathen war und darunter eine Zeit lang eingequetscht geblieben ist — das Fortbestehen von Schmerzen derartiger Heftigkeit, wie Professor G. sie annimmt, durchaus glaubhaft erscheint. M.

Rente für die Zeit der Beurlaubung aus dem Krankenhause.
Rekurs-Entsch. vom 5. Januar 1900.

Gegen ein Urtheil des Schiedsgerichts H. hat der Geselle H. Rekurs eingelegt und beantragt, ihm auch für die Tage seiner Beurlaubung aus dem Krankenhause die ihm zustehende Rente und im übrigen die Vollrente zuzuerkennen. Das Reichs-Versicherungsamt hat noch weiteren Beweis über den Grad erhoben, in welchem der Kläger durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt wird, und ein Gutachten des Geheimen Medizinalraths Professor Dr. B. eingefordert. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf das Urtheil des Schiedsgerichts H. aus folgenden Gründen ab: Das Rekursgericht hat hinsichtlich des Umfanges der Unfallfolgen sich unbedenklich der Auffassung des Schiedsgerichts angeschlossen, da nach dem überzeugenden einwandfreien Gutachten des Geheimen Medizinalraths Professor Dr. B. nicht angenommen werden kann, dass der Kläger seit Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall durchschnittlich um mehr als um 55 pCt. in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt gewesen und zur Zeit noch ist. Dagegen vermochte das Rekursgerich nicht der Ansicht beizutreten, dass die Genossenschaft be rechtigt sei, dem Kläger die Angehörigenrente für die Tage vorzuenthalten, an denen er aus dem Krankenhause beurlaubt gewesen ist. Nach § 7 des Unfallversicherungsgesetzes steht der Berufsgenossenschaft das Recht zu, statt der im § 5 a. a. O. vorgeschriebenen Leistungen dem Verletzten bis zum beendigten Heilverfahren freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause und seinen Angehörigen die näher bestimmte Rente zu gewähren. Von dieser Befugniss hat die Genossenschaft Gebrauch gemacht. Die Berufsgenossenschaft ist daher verpflichtet, dem Kläger für die ganze Zeit der Heilbehandlung in dem Krankenhause die erwähnte Angehörigenrente zu zahlen. Von dieser Verpflichtung wird sie nur dann befreit, wenn der Verletzte ohne hinreichenden Grund die Annahme der Leistungen der Berufsgenossenschaft aus § 7 a. a. O. verweigert, oder sich durch eigenmächtiges Verlassen des Krankenhauses der ihm zugedachten Heilbehandlung grundlos entzieht. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Der Kläger ist vielmehr nur auf seine Bitte von den Anstaltsärzten fü einzelne Tage beurlaubt worden. Da die Aerzte mithin gegen die jedesmal nur kurze Zeit dauernde Entfernung des Klägers aus dem Krankenhause nichts einzuwenden hatten, so kann auch nicht angenommen werden, dass hierdurch das Heilverfahren durch Verschulden des Klägers nachtheilig beeinflusst oder unterbrochen worden wäre. Hieraus folgt die Verpflichtung der Genossenschaft zur Zahlung der Angehörigenrente auch für die Urlaubstage. Abweichend hiervon würde der Fall zu beurtheilen sein, dass nämlich durch die Beurlaubung des Verletzten die Heilbehandlung mit gegenseitigem Einverständniss thatsächlich eine Unterbrechung erlitten hätte. In diesem Falle würde die Genossenschaft allerdings den Kläger für die betreffende Zeit nicht gemäss § 7 a. a. O., wohl aber gemäss § 5 a. a. O. zu entschädigen haben. Derart liegt aber hier der Fall nicht, da, wie bereits dargelegt worden ist, eine eigentliche Unterbrechung des Heilverfahrens nicht eingetreten ist, der Kläger vielmehr nur je für kurze Zeit von der ihm zustehenden freien Verpflegung aus persönlichen Gründen keinen Gebrauch gemacht hat. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Vulpius, Dr., Privatdozent der Chirurgie an der Universität Heidelberg. Der heutige Stand der Skoliosenbehandlung mit 13 Abbildungen. München 1900. V. v. Seitz und Schauer. Preis M. 2.40.

Die Arbeit ist im 3. Jahrgang, Heft 14—16 der „Deutsche Praxis" erschienen und nicht für den Spezialisten berechnet. Sie wendet sich vielmehr an den allgemeinen Praktiker, in dessen Händen ja zumeist der wichtigste wenn auch nicht kunstvollste Theil der Behandlung und vor allem der Prophylaxe liegt. Eine kurze Orientirung über die neuesten Errungenschaften der rein orthopädischen Massnahmen soll uns in den Stand setzen, auch über diese ein Urtheil zu gewinnen. So führt der Verf. uns auch mitten in den Streit um das Korsett der Skoliotiker, indem er einen persönlich befürwortenden Standpunkt scharf betont. Die zum Verständniss nöthigen technischen Details sind klar und übersichtlich. Ueber die vom Praktiker eigenhändig zu bewältigende Arbeit, Massage, Gymnastik etc. giebt das Heft keine Details, als Anleitung zu derselben dient es also nicht. Verf. will diese Arbeit allerdings auch auf das Mindestmass eingeschränkt wissen und nur als Nothbehelf gelten lassen, wenn die unter allen Umständen angezeigte Anstaltsbehandlung eben nicht durchzusetzen ist. Hierin hat der Verf. sicher Recht. Nicht um das Können des Arztes handelt es sich bei dieser Frage, sondern um die allein in der Anstalt fern von den heimischen Penaten vorhandene Möglichkeit radikaler Massnahmen. Das sind dieselben Grundsätze, wie wir sie bei der Sanatoriumsbehandlung der Hysterie und Neurasthenie als voll berechtigt anerkannt haben.

Marcinowski.

Lehmann, Professor Dr. K. B. Die Methoden der praktischen Hygiene. Lehrbuch der hygienischen Untersuchung und Beurtheilung für Aerzte, Chemiker und Juristen. Zweite erweiterte, vollkommen umgearbeitete Auflage. Wiesbaden, 1901. L. F. Bergmann, 698 S. Preis 18 Mark.

Der ersten im Jahre 1890 erschienenen Auflage ist diese zweite gefolgt. Mit ausserordentlichem Fleiss und grosser Sorgfalt hat der Verfasser das gewaltige Material, welches die Forschungen der letzten Jahre gezeigt, zusammengetragen und verarbeitet. Mit auf selbstständiger Erfahrung gestützter kritischer Auswahl führt er uns alle jene Methoden der praktischen Hygiene vor, welche gerade für das sachverständige Urtheil und die Begutachtung fraglicher und streitiger Verhältnisse von der grössten Wichtigkeit sind. Jedem, der sich mit Fragen der praktischen Hygiene beschäftigt, besonders also Medizinalbeamten und Verwaltungsbeamten, ist dieses Buch ein unentbehrlicher Rathgeber. Ein ganz besonderer Vorzug des Buches

ist der, dass alle Untersuchungsmethoden in so klarer Weise geschildert werden, dass sie auch den Anfängern verständlich sind. Das Werk kann nur warm empfohlen werden. B.

Ritter, Dr. P. Zahnarzt, Gerichtlicher Sachverständiger und Zahnarzt der städ. Waisenhäuser zu Berlin, zweite verbesserte und vermehrte Auflage, mit 20 Abbildungen, Berlin, Fischers Medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld, 1901. — 376 S. Pr. 6,50 M.

Die soeben erschienene zweite Auflage des unter Aerzten und Zahnärzten sehr bekannt gewordenen Buches bringt wesentliche Neuerungen z. B. das Kapitel: Verfahren des Arztes bei plötzlichen Zahnschmerzen, und den Abschnitt über Aether, ferner zahlreiche neue Beobachtungen unter Berücksichtigung der jüngsten Literatur. Wesentlich vermehrt ist auch die Rezeptsammlung, aus welcher der Arzt jeder Zeit die bekanntesten Formeln aus der Zahn- und Mund-Pathologie benutzen kann. B.

Harpf, Dr. August. Flüssiges Schwefeldioxyd. Darstellung, Eigenschaften und Verwendung desselben. Anwendung des flüssigen und gasförmigen Schwefeldioxydes in Gewerbe und Industrie. (Samml. chem. und chem.-techn. Vorträge. Herausg. von Prof. Dr. F. B. Ahrens.) Stuttgart, F. Enke, 1900. Preis M. 1,20.

In der ersten Hälfte der ziemlich ausführlichen Arbeit beschreibt Verf. die Darstellung, die Eigenschaften und die Versendung des flüssigen Schwefeldioxydes, Darlegungen, welche durch Abbildungen und Tabellen vielfach erläutert und ergänzt werden; den übrigen Raum nimmt die Besprechung der Anwendung des flüssigen und gasförmigen Schwefeldioxydes in Gewerbe und Industrie ein, wobei sich Verf. namentlich über die Verwendung der schwefligen Säure zur Keimfrei- und Haltbarmachung verbreitet. Schlockow.

Tagesgeschichte.

Zum preussischen Medizinaletat

für 1901/02, über welchen wir bereits berichteten und der vom Abgeordnetenhause noch nicht erledigt ist, haben eine Reihe von politischen und medizinischen Zeitungen bereits Stellung genommen und das wichtigste Kapitel jenes Theiles des Staatshaushaltungsplanes, nämlich die finanzielle Ausführung des Kreisarztgesetzes, kritisirt.

Uns scheinen irgendwie abschliessende Urtheile über das, was er Vortheilhaftes oder Nachtheiliges den preussischen Medizinalbeamten bringt, verfrüht, ehe nicht das Wichtigste, nämlich die zu erwartende Dienstanweisung für die Kreisärzte, bekannt geworden ist, aus welcher erkennbar werden wird, worin die stärkere Heranziehung zu Amtsgeschäften bestehen wird, von welcher die Denkschrift zum Etat spricht und ehe man nicht durch Kundbarmachung der Gehaltssätze und Dienstaufwandsgelder für die einzelnen Stellen sich ein Bild davon machen kann, wie sich die materielle Stellung der Medizinalbeamten in Zukunft gestalten wird.

Im Allgemeinen ist die Beurtheilung des geplanten Etats in der Presse von einem unverkennbaren Wohlwollen getragen. Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir der Meinung Ausdruck geben, dass die Verfasser der eingehenderen Artikel in der Köln. Ztg. u. Kreuzzeitung selbst Medizinalbeamte seien, welche, wie selbst der unzufriedenere Autor in den Berl. Neuesten Nachrichten, das Jahrzehnte lange Hinziehen der Umgestaltung der preussischen Medizinalbehörden mit durchlebt haben und nun resignirt meinen: es ist doch wenigstens ein Anfang.

Dass dieser Anfang eine Reihe von Mängeln zeigt, deren Abstellung in den gesetzlichen Körperschaften dringend wünschenswerth wäre, darin stimmen ebenfalls beinahe alle Pressstimmen überein.

Das Wichtigste ist dabei die Stellung der vollbesoldeten Kreisärzte. Dieselben sollen in Zukunft ein Gehalt von 3600 bis 5700 Mark haben. Vorläufig sind 15 Stellen (und ausserdem 6 als Hilfsarbeiter an den Regierungen) in Aussicht genommen. Für diese 15 sind nur 54000 Mark d. h. 15×3600 Mark in den Etat gestellt. Die Vollbesoldeten beginnen also ohne Rücksicht auf ihr Alter und ihr Dienstalter in Physikats- oder sonstigen Beamtenstellen mit dem Mindestgehalt. Das ist eine grosse Härte gegen Diejenigen, welche zu solchen Stellungen designirt sind. Wir zweifeln nicht, dass trotz der geringen Zahl, welche gleichsam einen Versuch mit der Neueinrichtung darstellen soll, unter den Ausersehenen Beamte sein werden, deren materielle Stellung durch diese Ausführung der Vollbesoldung nicht verbessert, sondern wesentlich verschlechtert wird. Falls diese Maassregel des Anfanges der Vollbesoldung mit dem Mindestsatze eine grundsätzliche bleibt, dann wird die Befürchtung zur Thatsache, welche wir in jener Zeit, wo wir in den Medizinalbeamten-Versammlungen und der Presse um die Grundsätze der Reform kämpften, den Schwärmern für die Vollbesoldung entgegen hielten, dass nämlich bei zu niedrigem Anfangsgehalt zur Kreisarztlaufbahn hauptsächlich Diejenigen übergehen würden, welche zur Erlangung auskömmlicher Privatpraxis nicht geschickt genug gewesen seien, während es dem bewährten Praktiker, welcher z. B. nach einem Jahrzehnt aufreibender allgemeinärztlicher Thätigkeit den Wunsch hat, seine gewonnenen Erfahrungen in der ruhigeren und autoritativen Beamtenstellung zu verwerthen, es unmöglich sein würde, falls er nicht zufällig mit Glücksgütern gesegnet wäre, in solche Stellung überzutreten.

Bei den nicht Vollbesoldeten schwankt das Gehalt von einem unbekannten Mindestsatze bis zu 4200 Mark. Da als Durchschnittsgehalt 2250 Mark angenommen und für 478 nicht vollbesoldete Kreisärzte, sowie für 15 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, sowie „für sonstige Besoldungen" 1,173,696 Mark in Aussicht genommen sind, so werden die höheren Gehaltssätze wohl als verschwindende Ausnahmen zu gelten haben und einzelne Stellen werden wohl bis 1800 Mark herab dotirt sein.

Der wesentliche Mangel dieser Etatirung und ein Zurückbleiben hinter den Einrichtungen anderer deutscher Bundesstaaten besteht darin, dass das Gehalt für den Stelleninhaber unveränderlich bleibt und keine Zulage während der Dienstzeit stattfindet.

Es sollen bei Bemessung des Gehalts die örtlichen Verhältnisse und der Umfang der dienstlichen Thätigkeit in Betracht gezogen werden. Hoffentlich hat das Ministerium dabei des besonderen Verhältnisses der grossstädtischen Physiker gedacht, welche in Folge des Polizeikostengesetzes eine erhebliche Reihe von medicinalpolizeilichen Verrichtungen, wie die Untersuchung der Geisteskranken, die Revisionen der Droguenhandlungen unentgeltlich zu besorgen haben, während in Orten mit nicht königlicher Polizeiverwaltung ihnen Gebühren dafür zustehen.

Hier wird allerdings die praktische Erfahrung am besten lehren, ob diese Beamten für das, was sie in ihrer Doppelstellung als Beamte und Aerzte dem Staate leisten, ein einigermassen entsprechendes Entgelt haben werden.

Die Denkschrift zum Etat besagt, die Halbbesoldung solle so bemessen werden, dass sie in Verbindung mit den sonstigen amtlichen Bezügen aus dienstlicher Thätigkeit ihnen ein angemessenes Einkommen sicherte. Mit Recht weist

die Kreuz-Zeitung darauf hin, dass hierbei nur die Nebeneinnahmen gerechnet werden können, welche bei Vollbesoldeten der Staatskasse zufliessen würden. Alle mit der Persönlichkeit des Medizinalbeamten, mit seiner wissenschaftlichen Schulung, seinem Fleiss und dem besonderen Vertrauen was daraus entspringt, zusammenhängenden Nebeneinkünfte können daher nicht in Betracht kommen. Sonst erhält der Beamte, welcher sich weniger darum bemüht, Einnahmen aus Gutachterthätigkeit und Nebenstellungen durch besondere Regsamkeit zu erringen, in der Höhe seiner Halbbesoldung eine Art Bequemlichkeitsprämie.

Dienstaufwandgebühren, zu denen bei der dem Abgeordnetenhause zugegangenen Aenderung des Gebührengesetzes die Fuhrkosten bei den einzelnen amtsärztlichen Funktionen innerhalb der Grossstädte wohl gehören werden, sind für die Halbbesoldeten ohne Angabe eines Minimums bis 750 Mark, im Durchschnitt 250 Mark vorgesehen.

Hier wird in den Berl. Neuesten Nachr. vorgeschlagen, nach der Kopfzahl der Einwohner zu pauschaliren und zwar auf je 1000 Einwohner 10 Mark zu gewähren. Da würden freilich die grossstädtischen Physiker mit ihren 100-200,000 Einwohnern gut wegkommen. Jedenfalls entspricht es aber den Anforderungen der Billigkeit, nach dem Umfange der Dienstgeschäfte zu theilen und erst am Ende des Etatjahres abzurechnen. Da leider den Halbbesoldeten der Wohnungsgeldzuschuss fehlt, ist diese Position im Etat auf alle Fälle unzulänglich bemessen, denn namentlich in den Grossstädten kann der Zwang zum Wohnen in einer bestimmten Stadtgegend erhebliche Mehrausgaben gegenüber der Wohnungsaufwendung für blossen Betrieb der Privatpraxis haben und dieser müsste im Dienstaufwandgeld einigermassen mit abgegolten sein. Das Gleiche müsste mit den etwa wegfallenden Fuhrkostenentschädigungen stattfinden.

Sehr sympathisch berührt die Schaffung neuer Gerichtsarztstellen (im Ganzen 15) und ihre geschickte Auswahl für grössere Provinzialstädte und Industriecentren, sowie die Schaffung von Extraordinariaten für gerichtliche Medizin an den Universitäten Königsberg, Breslau, Bonn und Halle, deren Inhabern, soweit sie dieselben nicht schon inne haben, Gerichtsarztstellen übertragen werden sollen.

Leider fehlen, und das ist, wie wir bereits neulich bei Besprechung der Zukunft der gerichtlichen Medizin betont haben, besonders bedauerlich, bei der Etataufstellung alle Mittel für neue gerichtsärztliche Institute, in denen die neu anzustellenden Extraordinarien das einzig mögliche Arbeitsfeld haben. Wir fürchten, dass dies den Hoffnungen, welche man auf die Neueinrichtung der Professuren setzen konnte, starken Abbruch thun wird.

Alles in Allem lehrt der Etat, dass die preussischen Medizinalbeamten allen Grund haben, auch in Zukunft in der Vertretung ihrer Standesinteressen nicht müssig zu sein und namentlich in nichtärztlichen Kreisen ein grösseres Interesse und Verständniss dafür zu schaffen, dass ein lebensfähiger, d. h. von materieller Sorge und Abhängigkeit freier Medizinalbeamtenstand die Vorbedingung jeder energisch durchzuführenden Staats-Hygiene ist. L.

Haben Fakultätsgutachten ein Privilegium gegenüber anderen Sachverständigen-Gutachten?

Diese Frage ist jüngst in Wien aus Anlass eines besonderen Falles vielfach erörtert worden. In Oesterreich giebt es ausser den Fakultäten keine andere Instanz zur Abgabe von Obergutachten. Während bei uns die Medizinalkollegien, bezw. die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen diejenigen Stellen sind, die gegebenen Falles als oberste begutachtende Behörde in Betracht kommen, wendet sich das Gericht, bezw. die Parteien in Oesterreich an eine medizinische Fakultät behufs Erlangung eines Obergutachtens in zweifelhaften Fällen. Jüngst ist nun vom Wiener Staatsanwalt die Ansicht vertreten worden, dass ein derartiges „Fakultätsgutachten kein Privilegium gegenüber anderen Sachverständigengutachten besitze, und dass dem Gerichte das Recht zustehe, auch Fakultätsgutachten zu überprüfen.“ In ärztlichen Kreisen stimmt man dieser Auffassung nicht zu. In der letzten Nummer der klinisch-therapeutischen Wochenschrift (No. 6, 1901) bekämpft Prof. Reinsberg-Prag jene Auffassung, indem er ungefähr Folgendes ausführt: „Nach § 126 der Strafprozessordnung ist in folgenden Fällen ein Fakultätsgutachten einzuholen: 1. Wenn sich die Sachverständigen über das Gutachten nicht einigen können, und ihre Gutachten von einander abweichen, sich widersprechen; 2. wenn das Gutachten dunkel, unbestimmt, im Widerspruche mit sich selbst oder mit erhobenen Thatumständen ist; 3. wenn dasselbe Schlüsse enthält, welche aus den angegebenen Vordersätzen nicht folgerichtig gezogen sind; 4. wenn es die Rathskammer wegen der Richtigkeit oder Schwierigkeit des Falles nöthig findet. An die ersten zwei Fälle ist noch die Bedingung geknüpft, dass sich die Bedenken durch eine nochmalige Vernehmung der Sachverständigen nicht beseitigen lassen; es steht dann dem Richter frei, das Gutachten eines anderen oder mehrerer anderen Sachverständigen oder das Gutachten einer medizinischen Fakultät einzuholen. Aus dem Wortlaute dieses Paragraphen ist ersichtlich, dass der Untersuchungsrichter verpflichtet ist, Sachverständigen-Gutachten insbesondere in formeller Hinsicht zu prüfen; in Betreff der Fakultätsgutachten ist eine derartige Verpflichtung im Gesetze nicht ausgesprochen, es ist jedoch selbstverständlich, dass der Untersuchungsrichter auch das Fakultätsgutachten in der Richtung zu prüfen hat, ob darin alle für die Beurtheilung des Falles wichtigen Fragen beantwortet sind. Da der erkennende Richter, beziehungsweise der Gerichtshof bei der Urtheilsfällung die Beweismittel sowohl einzeln, als auch in ihrem inneren Zusammenhange sorgfältig und gewissenhaft zu prüfen, die Frage, ob eine Thatsache als erwiesen anzunehmen ist, nicht nach gesetzlichen Beweisregeln, sondern nur nach der freien, aus der Prüfung aller für und wider vorgebrachten Beweismittel, sonach aus dem Inbegriffe der Verhandlung geschöpften Ueberzeugung zu entscheiden hat (§ 258 St.-P.-O.), und da das Sachverständigengutachten mit zu den Beweismitteln gehört, hat der erkennende Richter den materiellen Werth des Gutachtens, mag es ein Sachverständigen- oder ein Fakultätsgutachten sein, einer genauen Prüfung zu unterziehen. Die Präzisirung der Richterpflicht bei der Urtheilsfällung geht vom Grundsatze der freien Beweiswürdigung aus; nach diesem Grundsatze haben die Richter das Gutachten mit den übrigen erbrachten Beweisen zu vergleichen und die Ueberzeugung zu gewinnen, ob die Umstände, welche das Gutachten zu beweisen sucht, als wahr und bewiesen anzusehen sind. Kann der Richter zu dieser Ueberzeugung nicht gelangen, dann ist das Gutachten für ihn nicht bindend. Diese Erklärung wurde auch mit der Entscheidung des k. k. Cassationshofes vom 13. Oktober 1882, Z. 8947 (Entscheidungen etc. Dr. F. Nowak, Bd. V, Nr. 486) sanktionirt, jedoch mit dem Zusatze eingeschränkt, dass das Gutachten nur dann unbeachtet bleiben sollte, wenn es auf Grundlagen beruht, über welche sich Richter und Geschworene eine Meinung bilden können, ohne Gefahr zu laufen, dass sie sich „als schlechter Unterrichtete über einen besser Unterrichteten stellen“. Da nirgends das Fakultätsgutachten besonders hervorgehoben wird, überall nur vom Gutachten schlechtweg ge-

sprochen wird, unterliegt es keinem Zweifel, dass das Fakultätsgutachten in dieser Beziehung kein Privilegium vor anderen Sachverständigengutachten hat, und dass dem Gerichte das Recht und die Pflicht zusteht, auch Fakultätsgutachten zu überprüfen.

Sollte aber der Aeusserung über das Recht der Ueberprüfung der Sinn unterlegt werden, dass dem Gerichte das Recht zusteht, Fakultätsgutachten überprüfen zu lassen, dann würden die Sachen anders stehen; ein solches Recht steht den Gerichten nicht zu, und darin liegt die Ausnahmsstellung, „das Privilegium" der Fakultätsgutachten anderen Sachverständigengutachten gegenüber.

Die Strafprozessordnung enthält wohl keine diesbezügliche Bestimmung; doch besteht eine Entscheidung des k. k. Kassationshofes vom 15. Oktober 1875, Z. 5093, nach welcher „eine Ueberprüfung des von der medizinischen Fakultät abgegebenen Gutachtens durch der Hauptverhandlung beizuziehende Aerzte unzulässig ist" (Plenarbeschlüsse und Entscheidungen des k. k. Kassationshofes, I. Band, No. 84, S. 417).

Bei der Verhandlung über den Fall, welcher jene Entscheidung herbeiführte, wurde von dem Generaladvokaten das Verhältniss der Richter zum Sachverständigengutachten erörtert und unter Anderem gesagt, dass die Richter durch den Ausspruch der Sachverständigen eine für ihr Urtheil werthvolle, wenngleich nicht bindende Grundlage erhalten: „Der dem Gutachten beizulegende Werth wird wesentlich bedingt durch das Vertrauen, welches in die wissenschaftliche Bildung und die gereifte Erfahrung derselben gesetzt werden muss, sowie durch die Umsicht, Klarheit und Bestimmtheit, mit welcher die Meinung begründet wird und etwa entgegenstehende Ansichten entkräftet werden." „Bei Fragen der gerichtlichen Medizin ist die medizinische Fakultät vorzugsweise geeignet, diesem Momente zu entsprechen, und es wurde daher im § 126 St.-P.-O. für gewisse Fälle die Einholung des Fakultätsgutachtens vorgeschrieben, um auf diese Art der richterlichen Beurtheilung ein die thunlichsten Garantien darbietendes Substrat zu gewähren; eben deshalb erscheint durch Einholung des Fakultätsgutachtens das letzte gesetzlich zulässige Mittel zur Erlangung eines möglichst verlässlichen ärztlichen Gutachtens erschöpft, und es ist demnach dieses Gutachten der Ueberprüfung durch Singular-Sachverständige entrückt. Die Vorladung von Aerzten zur Verhandlung zum Behufe der Abgabe eines Gutachtens über die bereits von der Fakultät beantworteten Fragen stellt sich sonach als gesetzlich unzulässig dar, und sie wäre, da eine Beistimmung der Aerzte zum Fakultätsgutachten die Autorität derselben nicht erhöhen und einer etwa divergirenden Ansicht doch nicht dieselbe Vertrauenswürdigkeit zur Seite stehen würde, regelmässig werthlos und könnte die durch die Einholung des Fakultätsgutachtens angestrebte, möglichst klare Auffassung der Sachlage in bedauerlicher Art verwirren." Die Fakultäten machen gewiss keinen Anspruch auf Unfehlbarkeit ihrer Gutachten, sie verlangen auch keinen Autoritätsglauben, sie sind aber verpflichtet, wie eine jede andere behördliche Korporation, ihr Ansehen zu wahren; denn es ist zweifellos eine Geringschätzung, ein Misstrauen ihrer wissenschaftlichen Leistung, wenn ihr Gutachten noch von Einzeln-Sachverständigen überprüft werden soll. Wenn auch keine gesetzlichen Bestimmungen vorliegen, so ist es doch klar, dass das Obergutachten einer kollegialen Fachbehörde, welches in der Regel erst dann eingeholt wird, wenn schon mehrere Sachverständigengutachten vorliegen, nicht von Einzelsachverständigen überprüft werden kann." —y.

Homöopathie in Württemberg.

In Norddeutschland findet man die Förderer der Homöopathie im Parlament vorwiegend auf der rechten Seite der verschiedenen Hohen Häuser. In Süddeutschland scheint das anders zu sein. Wir entnehmen dem Korrespondenzblatt Württembergischer Aerzte folgende Notiz:

In der Kammersitzung am 25. Januar äusserte der Abgeordnete Galler (Volkspartei):

„Auf dem Gebiete der Heilkunde müsse die Homöopathie unterstützt werden, was am besten durch Errichtung einer Professur an der Landeshochschule geschehen könne."

Das Verständniss für die medizinische Wissenschaft ist eben in allen Kreisen gleichmässig verbreitet!

Aerztetag.

Der diesjährige, am 29. und 30. Juni in Hildesheim abzuhaltende Deutsche Aerztetag hat zwei Themata in Aussicht genommen, die beide für die Leser unserer Zeitschrift von besonderem Interesse sind: „Die Stellung des Arztes als sachverständiger Gutachter" (Ref. Prof. Thiem-Cottbus) und „Heilstätten und Genesungsheime".

Dreissigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Der Kongress beginnt Mittwoch, den 10. April Vorm. 10 Uhr im Langenbeckhause zu Berlin. Es werden Morgensitzungen von 10—1 und Nachmittagssitzungen von 2—4 Uhr abgehalten werden.

Die Sitzungen werden mit nachstehenden Vorträgen eröffnet werden:

Mittwoch, den 10. April.

Herr Küster (Marburg): Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert. Ein Rück- und Ausblick.

Herr von Bruns (Tübingen): Ueber die Kastration bei Hodentuberkulose.

Herr T. Kocher (Bern): Bericht über das 2. Tausend Kropfexcisionen; zur Operation der Struma intrathoracica; zur nichtoperativen Behandlung des Kropfes.

Donnerstag, den 11. April.

Herr Schjerning (Berlin): Die Schussverletzungen der modernen Feuerwaffen.

Herr von Mikulicz (Breslau) und Herr Bier (Greifswald): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

Herr Henle (Breslau): Pneumonie nach Laparotomie.

Freitag, den 12. April.

Herr M. Jordan (Heidelberg) und Herr Schuchardt (Stettin): Ueber die Indikationen der vaginalen und abdominellen Uterusexstirpation.

Herr W. Petersen (Heidelberg): Ueber den Aufbau der Carcinome.

Herr Nils Sjöbring (Lund): Ueber Krebsparasiten.

Sonnabend, den 13. April.

Herr von Eiselsberg (Wien): (Thema vorbehalten).

Herr Rehn (Frankfurt a. M.): Ueber chirurgische Behandlung der akuten Appendicitis.

Herr Heusner (Barmen): Behandlung der Kontrakturstellung nach Entzündung des Kniegelenkes (mit Krankenvorstellung).

Herr Kausch (Breslau): Ueber kongenitalen Hochstand der Scapula.

Herr Ziemssen (Wiesbaden): Nachbehandlung der Kriegsinvaliden und Unfallverletzten an Badeorten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 84) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte

Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes

sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker
Geh. Sanitätsrath, Königl. Physikus, Vertrauensarzt von Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 6. Ausgegeben am 15. März.

Inhalt:

Tabes — Tabische Erkrankung des linken Hüftgelenks — Bruch des linken Oberschenkelhalses.

Ein Beitrag zur Frage der Entschädigungspflicht von Unfällen bei Tabikern.

Von

Dr. M. Bloch in Berlin.

Die Veranlassung zu dieser Mittheilung gab ein Gutachten, das ich dem Schiedsgericht der Arbeiterversicherung in Berlin auf Veranlassung des Herrn Prof. Dr. Mendel, dem ich für Ueberlassung des Falles zu Dank verpflichtet bin, erstattet habe. Ich gebe in Folgendem das in unwesentlichen Einzelheiten gekürzte Gutachten wieder:

Vorgeschichte: Der 60jährige Strassenbahnschaffner St. stammt aus einer Familie, in der Nerven- oder Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sind. Lues negirt, desgl. Potus. St. ist Soldat gewesen und hat die Feldzüge von 66 und 70 mitgemacht, ist 28 Jahre kinderlos verheirathet; seine Frau hat nie abortirt. Er steht 24 Jahre im Dienst der Strassenbahn und will früher im wesentlichen gesund gewesen sein; nur hin und wieder hat er über Reissen zu klagen gehabt, besonders über durchfahrende Schmerzen in den Beinen, wegen deren er einige Male, aber niemals für länger als 8 Tage, sich von der Arbeit ferngehalten hat. Schon vor seinem gleich zu erwähnenden Unfall hat er hin und wieder über Druck in der Blasengegend zu klagen gehabt. Seit drei Jahren ist er impotent, eine linksseitige Leistenhernie besteht seit vielen Jahren. — Am 22. Januar 1900 erlitt er einen Unfall dadurch, dass er, während er zwei Pferde zum Einspannen zu einem Pferdebahnwagen führte, auf dem durch Regen schlüpfrig gewordenen Pflaster des Depothofes ausglitt und zu Boden fiel. Er fiel auf die linke Hüfte und war nicht im Stande sich allein wieder zu erheben. Er klagte sofort über Schmerzen in der linken Hüfte und wurde mittelst Droschke nach seiner Wohnung gebracht. Er war dort zunächst in Behandlung des Dr. K., seines Kassenarztes, der ihn nach 14 Tagen, da sich seine Beschwerden nicht verringerten und die Bewegungsfähigkeit des linken Beines keine Fortschritte machte, dem L.-Krankenhaus überwies; daselbst verblieb er 30 Tage und wurde dort unter der Diagnose „Quetschung der linken Hüfte“ behandelt und gebessert entlassen. Ein Nervenleiden wurde laut einem vom Chefarzt des Krankenhauses unterzeichneten Attest daselbst nicht konstatirt. Er trat dann wieder in Behandlung des Dr. K. und wurde am 24. April

1900 von Geheimrath L. untersucht und begutachtet. Dieser Gutachter konstatirte bei St., der sich ihm in bejammernswerthem Zustande vorstellte, da er sich nur mühsam mit Hilfe zweier Stöcke allein fortbewegen konnte, ein chronisches Rückenmarksleiden, das seiner Ansicht nach mit dem Unfall nicht in Zusammenhang stehe; am linken Bein konnte er nichts von der Norm erheblich Abweichendes konstatiren; er hält St. für völlig erwerbsunfähig. Auch von Dr. K. wird am 12. Mai 1900 das Vorhandensein einer Tabes konstatirt. Bemerkt sei noch, dass dieser Gutachter am 22. Januar keine Verkürzung des Beins konstatiren konnte. Am 6. Juni 1900 wird St. in das städtische Krankenhaus M. aufgenommen und dort bis zum 1. November behandelt. Das aus diesem Krankenhaus erstattete Gutachten konstatirt das Vorhandensein eines chronischen Rückenmarkleidens (Tabes dorsalis), eine Verkürzung des linken Beins um 2 cm und eine tabische Arthropathie des linken Hüftgelenks, die als Unfallsfolge anzusehen sei.

Von der Berufsgenossenschaft mit seinen Ansprüchen auf Unfallrente abgewiesen, legte St. Berufung beim Schiedsgericht ein.

St. klagt über Mattigkeit und Schwäche in den Beinen, Reissen in den Beinen, Unsicherheit beim Gehen, besonders im Dunkeln und beim Treppensteigen; die Beine seien ihm wie abgestorben, er hat Kältegefühl in denselben und in den Fusssohlen das Gefühl, wie wenn er auf Filz ginge. Zeitweise besteht Gürtelgefühl, ferner Ischurie. Nie Doppeltsehen. Die übrigen vegetativen Funktionen sind ungestört, Sehkraft und Gedächtniss gut.

Befund: Kräftig gebauter, mittelgrosser Mann von blasser Gesichtsfarbe, mässig entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster. Intelligenz und Sprache ohne Störungen, keine Stimmungsanomalie. Keine Ausschläge, keine Drüsenschwellungen. Rechte Pupille etwas > l., beide Pupillen etwas querverzogen. Beide Pupillen sind lichtstarr, Konvergenzreaktion vorhanden. Augenbewegungen nach allen Richtungen hin frei. Augenhintergrund normal. Gehirnnerven im übrigen ohne Störungen.

Grobe Kraft der Arme gut, beiderseits gleich. Keine Ataxie an den oberen Extremitäten. An den Vorderarmen, besonders im Gebiet beider Nn. ulnares, fleckweise Hypaesthesie und Hypalgesie. Leichter Tremor der ausgestreckten Hände.

Die gleichen Störungen der Berührungs- und Schmerzempfindung wie an den Armen bestehen auch an einzelnen Stellen der Haut des Brustkorbes.

St. ist nicht im Stande, unangelehnt ruhig auf dem Stuhl zu sitzen; der Oberkörper schwankt dabei fortwährend hin und her.

St. vermag nicht, sich ohne die Hilfe zweier Stöcke fortzubewegen. Er geht stampfend und unsicher, kontrollirt jeden Schritt mit den Augen und schleppt das linke Bein nach. Romberg'sches Symptom schon bei geöffneten Augen sehr stark. Muskulatur der Beine beiderseits schlaff, nirgendwo deutliche Atrophieen. Grobe Kraft der Beine mässig, deutliche Ataxie auch in Rückenlage. Die Bewegungen im linken Hüftgelenke, und zwar passive wie aktive, nach allen Richtungen hin beschränkt. Das linke Bein ist 2,5 cm kürzer als das rechte, in Rückenlage ist dasselbe deutlich nach aussen gedreht und adduzirt. In der linken Hüftbeuge fühlt man eine etwa faustgrosse harte Knochengeschwulst, die anscheinend mit der vorderen Circumferenz des Gelenks in Verbindung steht, der Trochanter major ist links stark verdickt und steht höher als rechts. Die von Herrn Kollegen Dr. Levy-Dorn gemachte Röntgen-Aufnahme des linken Hüftgelenks ergiebt das Vorhandensein einer typischen tabischen Arthropathie und die Zeichen einer Fractura colli femoris. Bei passiven Bewegungen des Hüftgelenks fühlt man deutliches Krachen in demselben.

An den Beinen bestehen Störungen der Tast- und Schmerzempfindung, sowie des Lagegefühls.

Die Patellarreflexe fehlen, die Hautreflexe sind vorhanden.

Die inneren Organe sind gesund, der Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Gutachten.

Aus obigem Befunde geht zunächst unzweifelhaft hervor dass St. an einer chronischen fortschreitenden Erkrankung des Rückenmarks (Tabes dorsalis) leidet. Das Fehlen der normalen Pupillarreflexe, der Störungen der Hautempfindlichkeit, der Blasenfunktion, der normalen Koordination der Beine, das Fehlen der Kniescheibensehnenreflexe genügen, die Diagnose sicher zu stellen. Ausserdem bestehen die auch durch das Röntgenverfahren festgestellten Veränderungen einer tabischen Gelenkerkrankung am linken Hüftgelenk und die Zeichen eines Bruches des Schenkelhalses, die sich bei der Untersuchung in der Verkürzung des Beines, dem Hochstand des grossen Rollhügels, der abnormen Lage des Beins bei Rückenlage des Untersuchten dokumentiren und ausserdem gleichfalls durch das Röntgenbild nachzuweisen sind.

Was nun die Frage nach dem Zusammenhange des Leidens mit dem Unfall vom 22. Januar 1900 betrifft, so ist es zunächst durchaus wahrscheinlich, dass das Rückenmarksleiden als solches schon vor dem Unfall bestanden hat; es sprechen dafür die schon vorher häufig zu Tage getretenen rheumatischen und die Blasenbeschwerden des Untersuchten; andererseits ist nicht ausser Acht zu lassen, dass St. bis zum Tage des Unfalls, wenn auch hier und da mit kurzen durch körperliches Unbehagen bedingten Unterbrechungen, 24 Jahre lang seinen anstrengenden Dienst gethan hat. Von dem Tage des Unfalls an indess ist er nicht wieder in der Lage gewesen, in seinem Dienste thätig zu sein. Der Unfall selbst hat unbestritten vornehmlich die linke Hüfte, auf die St. gefallen ist, affizirt. Es ist nun durchaus nicht unmöglich, dass im linken Hüftgelenk schon vorher leichte Veränderungen bestanden haben, indessen waren dieselben keineswegs derart, dass sie seine Arbeitsfähigkeit längere Zeit oder gar dauernd zu beschränken im Stande gewesen wären. Jedenfalls hat aber der Unfall einen Bruch des Schenkelhalses und im Anschluss daran schwere Veränderungen im Hüftgelenk hervorgerufen, die die Arbeitsfähigkeit des Verletzten in hohem Grade zu beeinträchtigen geeignet sind. Dabei kommt für die Beurtheilung des Falles nicht in Betracht, dass das Grundleiden des Untersuchten vielleicht eine besondere Disposition für das Zustandekommen von Knochenbrüchen geschaffen hat (eine Disposition, die sich in besonderer Brüchigkeit der Knochen bei Rückenmarkskranken des öfteren beobachten lässt und häufig schon bei geringfügigen Verletzungen zu Knochenbrüchen führt); es genügt nach einer früheren Entscheidung des R.-V.-A., die auf Grund eines Gutachtens von Prof. Dr. Mendel gefällt worden ist, der Nachweis der Wahrscheinlichkeit, dass bei einem Rückenmarkskranken durch einen Betriebsunfall eine Verschlimmerung seines Leidens hervorgerufen worden ist, um einen solchen Unfall als entschädigungspflichtig anzusehen. Dieser Nachweis ist im vorliegenden Fall zur Genüge geliefert. St. ist nur noch im Stande, ganz leichte Arbeit im Sitzen zu verrichten.

Ich gebe daher das erforderte Gutachten dahin ab,

I. dass der Verletzte

a) an einer chronischen Erkrankung des Rückenmarks (Tabes dorsalis),

b) an einer chronischen tabischen Erkrankung des linken Hüftgelenks (arthropathia tabica),
c) an den Folgen eines Bruches des Schenkelhalses der linken Seite

leidet,

II. dass dieses Leiden unter b) und c) mit dem Unfall vom 22. Januar 1900 in Verbindung steht,

III. dass St. in Folge des Unfalls vom 22. Januar 1900 in seiner Erwerbsfähigkeit um 80 % beeinträchtigt ist.

Das klinische Interesse des mitgetheilten Falles beschränkt sich auf die lokale Erkrankung des linken Hüftgelenks. Ob schon vorher Veränderungen in demselben bestanden haben, ist nicht zu entscheiden, doch können dieselben, da Arthropathieen meist mit ziemlich erheblichen Störungen der Motilität des affizirten Gliedes einhergehen, sicher nicht umfangreich gewesen sein; erst durch das Trauma ist es zu Veränderungen gekommen, die den vorher voll arbeitsfähigen Patienten für seinen Beruf untauglich gemacht haben. Auffallend bleibt es, dass die Schenkelhalsfraktur von den früheren Beobachtern, trotzdem einer derselben eine Verkürzung des Beins konstatirt hat, übersehen worden ist, noch auffallender allerdings die Thatsache, dass in einem Krankenhause, in dem der Patient länger als einen Monat behandelt wurde, von einem Nervenleiden nichts nachzuweisen war. Dass der Schenkelhalsbruch vielleicht durch eine Spontanfraktur zu Stande und Patient erst dadurch zu Fall gekommen ist, ist nicht ausgeschlossen, aber immerhin unwahrscheinlich, da Patient nach seiner auch durch Zeugen erhärteten Aussage auf glattem Boden ausgeglitten und direkt auf die linke Hüfte gefallen ist, bekanntlich besonders bei älteren Leuten eine sehr häufige Art des Zustandekommens von Schenkelhalsfrakturen. Für die Bedeutung des Traumas als aetiologischen Moments für die tabische Arthropathie spricht der mitgetheilte Fall zweifellos in unzweideutiger Weise, zum mindesten insoweit, als er das Eintreten einer rapiden Verschlimmerung etwa schon bestehender leichterer Gelenkveränderungen in Folge eines traumatischen Einflusses beweist. Schliesslich will ich nicht verfehlen, auf die Bedeutung des Röntgenverfahrens in derartigen Fällen hinzuweisen, da erst durch dieses mit absoluter Gewissheit das Vorhandensein zweier neben einander bestehender pathologischer Prozesse in dem erkrankten Hüftgelenk — Arthropathie und Fraktur — nachgewiesen werden konnte.

Ueber schiefgeheilte Knochenbrüche in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

Von

Dr. J. Loewenthal-Lankwitz.

(Schluss.)

Der Arzt kann Fehler begehen in der Diagnose und in der Behandlung. Hat der Arzt eine falsche Diagnose gestellt, so wird der Gerichtsarzt den Nachweis zu erbringen haben, dass in dem fraglichen Falle bei genügender Aufmerksamkeit des Arztes (cf. § 230, Str.-Ges.-B. Absatz 2) ein diagnostischer Irrthum hätte vermieden werden können. Es liegt auf der Hand, dass sich der Gerichtsarzt hierbei in einer sehr schwierigen Lage befindet. Ihm stehen nur zur Verfügung das fragliche Endresultat, eine vielleicht viele Jahre zurückliegende Fraktur, sowie etwaige Aussagen des Kranken und des behandelnden Arztes, die, ohne dass eine böse Absicht zu Grunde zu liegen braucht, doch gar zu leicht subjektiv gefärbt sind.

Lässt es sich erweisen, dass für die Stellung der Diagnose im frischen Zustande der Fraktur besonders ungünstige Verhältnisse vorlagen, so wird dieser Umstand dem Arzte immer zur Entschuldigung gereichen müssen. — Es ist eine schon längst bekannte und durch die Einführung der Röntgen'schen Durchleuchtung aufs neue eklatant bewiesene Thatsache, dass selbst der Aufmerksamkeit sehr erfahrener Chirurgen, trotz genauer Prüfung auf die gewöhnlichen Kriterien, Knochenbrüche entgehen können. Dies hat jüngst erst Kümmel[1]) an einer Reihe von Beispielen in sehr anschaulicher Weise dargethan. Verwechselung von Frakturen mit Kontusionen und Distorsionen sind nur zu leicht möglich in allen Fällen, wo nicht zugleich wahrnehmbare Dislokationen sich vorfinden, z. B. bei den Hand- und Fusswurzelknochen, an den intrakapsulären Gelenkbrüchen. Auch eine Verwechselung mit Luxation z. B. Fractura colli femoris mit Luxatio femoris kann unter Umständen leicht passiren. Brüche der Wirbelkörper sind häufig überhaupt nicht zu diagnostiziren. Die Schwierigkeiten der richtigen Diagnosenstellung beruhen in jedem einzelnen Falle in den sehr verschiedenartig sich gestaltenden, durch den Knochenbruch bedingten, pathologischen Verhältnissen der Frakturstelle. Es würde unter diesen Umständen dem Arzt nur dann ein Vorwurf gemacht werden können, wenn es sich nachweisen liesse, dass es ihm an der zur Untersuchung Verletzter nöthigen Kenntniss gemangelt habe. Selbst in diesem Falle wird der Gerichtsarzt es nicht unberücksichtigt lassen dürfen, dass es bei der Erkennung von Frakturen auch nicht allein auf positives Wissen des Arztes, sondern auch auf die Erfahrung, die er in dieser Beziehung gesammelt, ankommt; in den fraglichen Fällen wird er den Richter darauf aufmerksam machen müssen und wird so nicht selten für den angeklagten Kollegen entlastend eintreten können. — Es könnte ferner von Seiten des Richters eine Fahrlässigkeit des Arztes darin erblickt werden, dass derselbe, wenn er über den Fall im Unklaren war, nicht den Rath einer Autorität eingeholt hat, dass er nicht, um zu einer richtigen Diagnose zu gelangen, die Chloroformnarkose oder gar die Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen in Anwendung gebracht hat. Für die Beantwortung solcher Fragen wird der Gerichtsarzt nicht umhin können, einen Unterschied zwischen den Aerzten in Bezug auf ihre Ausbildung und in Bezug auf die sie umgebenden Verhältnisse zu machen. Ein Spezialarzt der Chirurgie, dem alle oben genannten Hilfsmittel zu Gebote stehen, wird freilich eine Fahrlässigkeit begehen, wenn er dieselben nicht anwendet in den Fällen, wo er zu einer richtigen Diagnose sonst nicht kommen kann, vorausgesetzt natürlich auch, dass seitens des Verletzten nicht Einwendungen dagegen erhoben werden. Handelt es sich um einen praktischen Arzt, so wird es sich fragen, ob und in welchem Maasse ihm die Hilfsmittel zu Gebote standen. In der Grossstadt z. B., wo die Möglichkeit gegeben ist, Sachverständige zu Rathe zu ziehen oder, wenn es sich um die Narkose handelt, einen Kollegen zur Assistenz herbeizuholen, wäre es freilich leichtfertig gehandelt, wenn dies nicht seitens des Arztes geschähe, wenn dieser vielmehr aus Eitelkeit und Scheu, seinem Nimbus etwas zu vergeben, den Verletzten etwa zum Invaliden machte. — Anders verhält es sich mit den praktischen Aerzten in kleinen Städten oder auf dem Lande. Ihnen stehen die Konsultationen mit Spezialärzten, die Herbeiholung von Kollegen zur Assistenz nicht so ohne Weiteres zur Verfügung. Sie sind meist auf sich selbst angewiesen und können nur in den seltensten Fällen von der Wohlthat der neuesten diagnostischen Hilfsmittel Gebrauch machen. — Die Narkose ohne ärztliche Assistenz auszuführen, birgt für sie neue Gefahren in sich, häufig muss sie auch in Rücksicht auf den Zustand des Kranken unterbleiben.

Wie Fehler in der Diagnose, wird auch häufig eine falsche

[1]) Kümmel, a. a. O. p. 106.

Behandlungsweise zum Gegenstande gerichtsärztlicher Beurtheilung. Auch hier muss der Gerichtsarzt wie bei der Bertheilung der fehlerhaften Diagnose stets die Individualität des Arztes und die Eigenthümlichkeit des Einzelfalles im Auge behalten. Kann doch z. B. schon der Mangel geeigneter Assistenz bei Anlegung des ersten Verbandes unter Umständen folgenschwer für die Heilung einer Fraktur werden! — Was die Art der Behandlung anbetrifft, so wird jedem Arzte freilich freier Spielraum in der Wahl dieser oder jener Methode gelassen werden müssen. Wenn Virchow[1]) in seinem Gutachten über die Kunstfehler der Aerzte sagt: „Man darf bei der Beurtheilung der Schuld oder Unschuld eines Arztes nicht übersehen, dass die Medizin selbst eine veränderliche Wissenschaft ist, insofern immer neue und genauere Methoden der Beobachtung und Behandlung gefunden werden, neue Thatsachen entdeckt und ganz neue Gebiete der praktischen Thätigkeit zugänglich gemacht werden," so trifft dies wörtlich grade für die Behandlung der Frakturen zu. Geht man nach den Lehrbüchern die Behandlungsmethoden der verschiedenen Frakturen durch, so findet man deren eine solche Mannigfaltigkeit und Zahl, dass sie zu beherrschen, für einen praktischen Arzt schier unmöglich ist. Von der Anwendung der komplizirtesten Apparate bis auf den Verzicht auf alle Verbände (z. B. bei Radiusfraktur alleinige Benutzung einer Mitella nach Petersen und früheren Chirurgen[2]) begegnet man den verschiedensten Modalitäten. Es steht zweifellos fest, dass die Kenntniss recht vieler Methoden in speziellen Fällen für den behandelnden Arzt sehr vortheilhaft ist; indessen wird man nicht in Abrede stellen können, dass der Arzt nur mit derjenigen Methode das beste Resultat erzielen wird, auf die er eingeübt ist. An seinen Kranken zu experimentiren, steht dem praktischen Arzte nicht zu. In dankenswerther Weise lehrt daher die von Bergmann'sche Schule, auf alle komplizirten Apparate und Schienen verzichten und mit Gips, Pappschienen, der von Volkmannschen Schiene und allenfalls noch mit dem Middeldorpfschen Triangelverband auskommen.[3]) Mag nun der Arzt diese oder jene Behandlungsmethode wählen, immer kommt es nur darauf an, dass er sie zweckmässig durchführt. Man wird von einem Arzte verlangen können, dass er nach Reposition der Bruchfragmente der Retention derselben, eventuell der Extension eines Gliedes die gebührende Aufmerksamkeit schenkt, und dass er die Eventualitäten berücksichtigt, die nach der Anlegung des Verbandes eintreten können. Es ist mit einem Worte seine Pflicht, die Kontrolle über den Heilverlauf auszuüben. Die Kontrolle einer Bruchheilung stellt aber für jeden besonderen Fall eine besondere Indikation. Der Arzt ist in diesem Punkte vielfach von der grösseren oder geringeren Empfindsamkeit seines Patienten abhängig. Von dem einen wird er gerufen, ohne dass überhaupt eine Störung im Heilverlauf eingetreten ist, der andere erträgt Schmerzen, hält dieselben aber nicht für gross genug, um deswegen den Arzt herbeizuholen. — Schliesslich kann auch noch ein vielseitig beschäftigter Landarzt in einen Pflichtenkonflikt gerathen, der es ihm unmöglich macht, die Kontrolle eines Frakturverbandes so zu üben, wie er es selbst sonst für wünschenswerth erachtet. — Wo nicht grobe Unwissenheit vielleicht vereint mit falschem Ehrgeiz als Motive für eine fehlerhafte Behandlung anzunehmen sind, muss der Gerichtsarzt die Schuldfrage zum mindesten in dubio lassen. Handelt es sich doch bei der Verurtheilung eines Arztes wegen Verletzung seiner Berufspflicht häufig genug um seinen vollständigen Ruin!

Es bleiben jetzt noch einige Fragen zu besprechen, die dem Gerichtsarzt bezüglich der Entstehung der Fraktur überhaupt vorgelegt werden können, nämlich: ob aus der Erscheinungsweise der dem Gerichtsarzt zur Beurtheilung vorgelegten Endresultate sich Rückschlüsse machen lassen auf die Art, die Zeit, den Ort der Entstehung der Brüche überhaupt.

Soll der Gerichtsarzt sein Urtheil abgeben, wie der Bruch entstanden ist, so kommen hierfür mehrere Gesichtspunkte in Betracht. Da durch die experimentellen Untersuchungen von Koch, Filehne und Messerer[1]) festgestellt ist, dass eine gesetzmässige Abhängigkeit der Entstehung und Form der Brüche von der brechenden Gewalt besteht und ferner im allgemeinen die verschiedenen Arten deformer Heilung der einzelnen Frakturen den primären typischen Dislokationen im frischen Zustande entsprechen, wird der Gerichtsarzt zuweilen in der Lage sein, eine Vermuthung über die Art der Entstehung auszusprechen. Handelt es sich z. B. um einen Spiralbruch, der durch eine drehende Gewalt, z. B. durch das Hängenbleiben einer Extremität in den Speichen eines sich in Bewegung befindenden Wagenrades entstanden ist, so wird, wenn eine Schiefheilung eingetreten ist, das periphere Fragment wohl meistens um die Längsaxe des Knochens gedreht sein. Ferner kann der schiefgeheilte Knochenbruch, wenn er durch Biegung primär entstanden ist, insofern eine charakteristische Form zeigen als ein Keil zu erkennen ist, dessen Basis der Concavität der im Moment des Brechens entstandenen Krümmung entspricht.[2]) Da bei solchen Biegungsbrüchen der Knochen immer zuerst an der im Momente der Frakturirung konvexen Stelle bricht, so wird man nach erfolgter Konsolidation vielleicht auch sagen können, nach welcher Richtung der Knochen primär gebogen wurde, wo also etwa der Thäter gestanden haben kann. Eine sichere Entscheidung zu treffen, wird dem Gerichtsarzt auch in diesen Fällen nicht möglich sein, da doch immerhin durch unregelmässige Kallusbildung das Bild der primären Fraktur ganz erheblich verschoben sein kann. Nach den Untersuchungen von Julius Wolff[3]) treten bei Frakturen, die mit Dislokation geheilt sind, sekundäre Formveränderungen nicht bloss an der Bruchstelle, sondern auch an ganz entlegenen, unverletzt gebliebenen Regionen des gebrochenen Knochens ein, beispielsweise bei schiefgeheilten Frakturen der Diaphysen der langen Röhrenknochen sehr erhebliche Gestaltsveränderungen der Gelenkenden dieser Röhrenknochen. Diese sind aber nicht als Folge der Deformität anzusehen, vielmehr als bedingt durch die zweckmässige Inanspruchnahme der Knochen und Gelenke, die das betreffende Glied zu befähigen bestrebt ist, weiter als Stützorgan zu funktioniren. Dieser Thatsache wird auch der Gerichtsarzt sich erinnern müssen, um nicht zu falschen Schlüssen, die sich etwa auf die der Frakturstelle entfernten Knochentheile erstrecken können, zu gelangen. — Eine andere Frage kann die sein, ob die primäre Fraktur direkt oder indirekt entstanden ist. Hier wird der Gerichtsarzt einen Anhaltspunkt finden in der Beschaffenheit der Weichtheilnarben die bei direkten Brüchen meistens vorhanden sein werden. Doch auch hierbei wird er vorsichtig in seinem Urtheil sein müssen, da auch bei indirekten Brüchen

[1]) Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medizin. B. II. 514.

[2]) Heferich, a. a. O. p. 189.

[3]) S. a. Engel „Der erste Verband. Die Medizin der Gegenwart." 1899. Heft 2. p. 65.

[1]) Messerer. Gerichtlich medizinische Betrachtung verschiedener Knochenbruchformen. Friedreichs Blätter. XXXVI.

[2]) Bruns. Ueber die Biegungsbrüche der Röhrenknochen. Cit. nach Schultze. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin. 3. Folge. B. 8. 1894. p. 58.

[3]) Wolff. Die Lehre von der funktionellen Knochengestalt. Virchows Archiv. Bd. 155. 1899. p. 262.

(bei den sogenannten Durchstechungsfrakturen) eine Weichtheilverletzung fern vom Orte der einwirkenden Gewalt entstehen kann. Ferner können Weichtheilverletzungen ja auch während des Heilverlaufs einer einfachen Fraktur durch üble Vorkommnisse erzeugt werden.

Handelt es sich um die Frage, wann der Gerichtsarzt sich eine Fraktur entstanden denkt, so wird die Beschaffenheit des Kallus hierfür bestimmend sein müssen. Wenn es sich um schon viele Jahre zurückdatirende Brüche handelt, die mit fester Kallusbildung deform geheilt sind, so wird sich die Zeit der primären Fraktur aus dem objektiven Befund wohl kaum feststellen lassen. Ist der Kallus noch nicht ganz konsolidirt, so wird der Gerichtsarzt wohl annähernd einen Zeitraum bestimmen können, innerhalb dessen der Bruch entstanden sein dürfte. Hierbei wird er natürlich die Individualität des Verletzten und die Eigenthümlichkeit der Verletzung berücksichtigen müssen, da auch unter gewissen Umständen die Kallusbildung sich erheblich verzögern kann.

Ein besonderes forensisches Interesse bieten die schiefgeheilten Knochenbrüche der Föten und Neugeborenen dar. Es ist lange bekannt, dass zuweilen Kinder mit bereits geheilten Frakturen geboren werden.[1]) In einzelnen Fällen liess sich die Fraktur auf ein bestimmtes Trauma zurückführen; in vielen Fällen sind keinerlei Spuren irgend einer äusseren Verletzung der Knochen- oder Weichtheile der Schwangeren beobachtet worden. Als Veranlassung der Frakturen der Föten in utero ist in der Mehrzahl der Fälle eine Verletzung mit stumpfer Gewalt ohne Trennung der mütterlichen Bedeckungen beobachtet worden und zwar meist durch Schlag, Stoss, Tritt, Fall auf einen stumpfen Gegenstand. Betroffen werden am häufigsten die am meisten exponirten Extremitätenknochen, die auch zu Schiefheilungen neigen, seltener der Schädel in Folge seiner geschützteren Lage. Das Verhalten der Bruchstelle hängt natürlich davon ab, ob die Verletzung kürzere oder längere Zeit vor der Geburt stattgefunden hat. Je nach dem Zustande des Kallus wird der Arzt auf die Zeit der Entstehung der Fraktur Rückschlüsse machen können. Wird indes die Fraktur erst längere Zeit nach der Geburt entdeckt, so kann es unter Umständen überaus wichtig sein, festzustellen, ob die Fraktur nicht intra partum oder später entstanden ist. Anhaltspunkte hierfür kann auch nur die Beschaffenheit des Kallus bieten, die Entscheidung ist natürlich oft eine sehr schwierige, oft gar nicht zu treffen. Jedenfalls erwächst in solchen Fällen dem Gerichtsarzt die Pflicht, sorgfältige Erwägungen anzustellen nicht nur hinsichtlich des örtlichen Befundes, sondern auch hinsichtlich der Vorgänge während der Schwangerschaft, der Geburt und schliesslich auch hinsichtlich eventueller späterer Verletzungen. Hierbei wird noch zu berücksichtigen sein, dass zuweilen Kinder mit Knickungen namentlich des Unterschenkels geboren werden, welche zwar das Ansehen geheilter Frakturen darbieten können, aber doch in Wirklichkeit Missbildungen durch angeborene Ossifikationsdefekte darstellen. Gurlt hat eine Reihe solcher Fälle zusammengestellt, in denen kein voraufgegangenes Trauma nachzuweisen war und ausserdem noch andere gleichzeitige Bildungsfehler vorlagen, z. B. Missbildung oder Mangel von Zehen, Defekt der Fibula etc.

Schliesslich kann es noch darauf ankommen, zu entscheiden, wo, an welchem Orte ein schiefgeheilter Knochenbruch primär entstanden ist. — Dass ein Verletzter nach erlittener Fraktur, wenn dieselbe nicht gerade die unteren Extremitäten und bestimmte Theile der Wirbelsäule getroffen hat, sich von dem Orte der Verletzung fortbewegen kann, ist wohl erklärlich. Es ist aber andererseits auch bekannt, dass indolente Geisteskranke oder auch Verletzte, die sich in einem Alkoholrausch oder in gewaltiger psychischer Erregung befinden, selbst mit Frakturen der unteren Extremitäten sich fortbewegen können. Ist die Kontinuität eines Knochens durch den Bruch aufgehoben, so wird der Verletzte natürlich sehr bald zu Falle kommen. Anders steht es um die sogenannten eingekeilten Frakturen, namentlich die eingekeilten Schenkelhalsbrüche. Hier kann der Verletzte sich unter Umständen nach erlittener Fraktur vom Orte der Verletzung noch eine Strecke weit entfernen. Es kann sich nun fragen, ob die Fraktur an dem ersteren Orte, wo vielleicht eine Schlägerei stattgefunden hat, oder aber an dem letzteren Orte, wo der Patient gefallen, entstanden ist. Wo hierüber widersprechende Angaben der Parteien und als objektiver Befund nur eine schiefgeheilte Schenkelhalsfraktur vorliegt, wird die Entscheidung für den Gerichtsarzt eine schwierige sein. Er wird einerseits zugeben müssen, dass Verletzte mit eingekeilten Schenkelhalsfrakturen sich noch aufrecht fortbewegen können, andererseits wird er es nicht in Abrede stellen können, dass die Fraktur durch den Fall hervorgerufen sein könnte, sei es direkt, z. B. durch Fall auf den Trochanter major der betreffenden Extremität, sei es durch Rissfraktur, indem der Verletzte, der zu fallen fürchtete, um nicht zu fallen, den Rumpf plötzlich nach hinten geworfen hat und so durch das stark angespannte Ligamentum ileofemorale die Fraktur entstanden ist. Im letzteren Falle kann der Verletzte auf die gesunde Seite fallen. Dieser Umstand wird hie und da entsprechende Beachtung finden müssen.[1])

Nicht unerwähnt wollen wir schliesslich noch lassen, dass schiefgeheilte Knochenbrüche auch für die Rekognoszirung unbekannter Leichen von grosser Bedeutung werden können.[2])

Gehen wir nun zu den Folgen der Schiefheilungen der Knochenbrüche über. Am zweckmässigsten werden wir dieselben im Anschluss an die betreffenden Paragraphen des Deutschen Strafgesetzbuches (§ 226 und 224) besprechen. Beginnen wir mit den schwersten Folgen, d. h. mit denjenigen Schiefheilungen, welche den Tod zur Folge haben (§ 226 d. D. Str. G. B.) Die Frage, ob ein schiefgeheilter Knochenbruch den Tod zur Folge haben kann, wird von vornherein verneint werden müssen. Sie kann nicht einmal, wenn es sich um frische Knochenbrüche handelt, im bejahenden Sinne beantwortet werden, weil der Tod als unmittelbare Folge eines Bruches nur in den selteneren Fällen der Fettembolie, deren Bruns[3]) etwa zehn sicher konstatirt hat, angesehen werden kann.

Grösseres Interesse bieten für uns diejenigen Fälle dar, in denen die Schiefheilungen so schwere Störungen für den betreffenden Verletzten mit sich bringen, dass dieselben nur durch eine Operation beseitigt werden können. Eine Operation birgt bekanntermassen immer Gefahren für das Leben des Individuums, an dem sie vollzogen wird, in sich. Erliegt der Patient einer solchen in Folge Eintritts unvorhergesehener übler Vorkommnisse, so wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tode und der Schiefheilung nicht in Abrede gestellt werden können. Dem Gerichtsarzt wird dann die Aufgabe zufallen, sich darüber zu äussern, ob ein Verschulden eines Dritten an der Schiefheilung vorliegt und worin dasselbe eventuell zu suchen ist. Er wird sich alle Entstehungsursachen der Schiefheilungen vergegenwärtigen und erwägen müssen, ob nicht diese oder jene Möglichkeit, wie wir sie oben angedeutet haben, in dem gegebenen Falle zutrifft.

[1]) Gurlt, a. a. O. p. 211 ff.

[1]) Lossen. Die Verletzungen der unteren Extremitäten, p. 74.

[2]) Hofmann. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. III. Aufl. p. 818.

[3]) Bruns, a. a. O. p. 276.

Wir kommen nunmehr zu denjenigen Folgen einer Verletzung, welche dieselbe nach der Definition des § 227 d. Str. G. B. als „schwere Körperverletzung“ charakterisiren. Sie sind im § 224 d. Str. G. B. aufgeführt: als Verlust eines wichtigen Gliedes, des Sehvermögens auf einem oder beiden Augen, des Gehörs, der Sprache, der Zeugungsfähigkeit, als erhebliche dauernde Entstellung, als Verfall in Siechthum, Lähmung und Geisteskrankheit.

Als wichtige Glieder werden nach den § 224 d. Str. G. B. erläuternden Erkenntnissen des Reichsgericht vom 7. März 1881, 9. Juni 1882 und 4. Juni 1883[1]) Arme, Beine, Hände, Füsse bezeichnet; Finger und Zehen sind nach denselben nicht als wichtige Glieder zu betrachten, mit Ausnahme vielleicht des Daumens der Hand. Unter **Verlust** eines Gliedes wird nach der Reichsgerichtsentscheidung vom 15. November 1880 nur der **physische** Verlust eines Gliedes verstanden. Um einen Verlust in diesem Sinne kann es sich, wenn er als Folge einer schiefgeheilten Fraktur aufgefasst werden soll, nur dann handeln, wenn die Schiefheilung aus irgend einem Grunde die Amputation eines Gliedes nothwendig gemacht hat. Der Gerichtsarzt wird die Fraktur dann als eine schwere Verletzung i. S. d. G. bezeichnen müssen, indessen wird er auch hier, wenn es sich um die Schuldfrage handelt, die Entstehungsursachen der Schiefheilung in geziemender Weise zu berücksichtigen haben.

Der Verlust des Sehvermögens auf einem oder beiden Augen, der Verlust des Gehörs, der Sprache werden naturgemäss, wenn sie mit Knochenbrüchen überhaupt in Zusammenhang gebracht werden sollen, nur bei Frakturen der Schädelknochen und allenfalls noch bei den an der Bildung der Orbita betheiligten Gesichtsknochen vorkommen können. Aber auch hier werden sie erklärlicherweise meist nur mit den frischen Frakturen zugleich in die Erscheinung treten. Sind bei einer Verletzung die Bedingungen für den Verlust des Sehvermögens, des Gehörs oder der Sprache zugleich gegeben mit den eine schiefe Heilung der Knochen bedingenden Faktoren, so werden die schiefgeheilten Frakturen in Anbetracht der anderen schwereren Verletzungen wohl kaum Gegenstand gerichtsärztlicher Erörterung werden. Hier haben wir nur von jenen Fällen zu sprechen, in denen die oben genannten Verluste als Folgeerscheinung einer Schiefheilung zu betrachten sind. Hierbei muss man sich vergegenwärtigen, dass Brüche der Schädelknochen sich durch langsame und spärliche Knochenregeneration vor allen andern Brüchen auszeichnen. (Dasselbe trifft auch für die platten Gesichtsknochen im allgemeinen zu.) Die Kallusbildung ist bei ihnen in der Regel eine sehr geringe, die Dislokationen der Fragmente in den nicht tötlich endenden Fällen meist auch nur eine unbedeutende. Allerdings können auch Depressionsfragmente der Schädelknochen zur knöchernen Konsolidation gelangen. Indessen werden selbst diese Verhältnisse für unsere Betrachtungen kaum eine Rolle spielen können. Sollte an den Gerichtsarzt die Frage herantreten, ob die Verluste pp. in ursächlichem Zusammenhang mit den Schiefheilungen von Brüchen stehen, so wird er eine entscheidende Antwort wohl kaum jemals geben können. Einmal wird er, wenn es sich z. B. um intrakranielle Ursachen handelt, sei es, dass dieselben kortikaler Natur, sei es, dass die Nervenstämme an der Hirnbasis verletzt sind, auch wenn die Verluste erst spät nach der Verletzung entstanden sind, nicht die Ueberzeugung aussprechen können, dass grade Schiefheilungen der frakturirt gewesenen Knochen und nicht andere Störungen die Ursachen derselben bilden. Dies könnte sich nur mit absoluter Sicherheit durch die Autopsie feststellen lassen. Andererseits wer
wenn auch offensichtliche Dislokationen der Knochen
Schädel, an der Orbita, dem Gehörgang vorhanden sind, di
nur als mit den Verlusten zeitlich zusammenfallende Folg
der Verletzung betrachtet werden können. Schliesslich w
der Gerichtsarzt, wenn es sich darum handelt, wen die Ve
antwortung für die Schiefheilung dieser Brüche trifft, ni
mandem die Schuld beimessen können, da selbst der Arzt i
den meisten Fällen nicht in der Lage sein wird, bei den hie
in Betracht kommenden Brüchen aktiv einzugreifen, vielmeh
sich auf eine rein zuerwartende Therapie beschränken muss
wenn nicht grade in frischen Fällen lebensrettende Operationen, wie z. B. bei Hirndruck in Folge Blutung aus der Arteria meningea, zum Einschreiten Anlass geben.

Ein Verlust der Zeugungsfähigkeit wird, wenn dieselbe als Folge einer schiefgeheilten Fraktur ins Auge gefasst werden soll, wohl nur bei Beckenbrüchen vorkommen können. — Wir sehen hierbei ab von Erkrankungen des Zentralnervensystems infolge von Knochenbrüchen, bei denen der Verlust der Zeugungsfähigkeit nur als ein Symptom des allgemeinen Leidens aufzufassen sein dürfte.

Beim Manne ist der Verlust der Zeugungsfähigkeit durch Beckenfraktur dann denkbar, wenn zugleich mit der Schiefheilung der Schambeinäste eine narbige Verziehung des schon primär in Mitleidenschaft gezogenen Penis eintritt, die so stark sein muss, dass der Verletzte infolge derselben nicht mehr zur Kohabitation befähigt ist. Hier wird aber die Zeugungsunfähigkeit wiederum nicht als Folge der Schiefheilung, sondern als begleitende Erscheinung aufgefasst werden müssen. Das Gleiche gilt beim Weibe, wenn mit der schiefen Heilung eines Beckenbruches zugleich eine Atresie der durch die primäre Fraktur zerrissenen Scheide in die Erscheinung tritt. — Anders aber liegen die Verhältnisse, wenn beim Weibe durch Deformheilung der Beckenknochen die Beckenpassage des Kindes während der Geburt unmöglich gemacht ist. Dass solche Fälle vorkommen, beweisen eine Anzahl im **Schröder**schen Lehrbuch[1]) zitirten Beispiele. Unbedingt liegt hier Zeugungsunfähigkeit im Sinne des § 224 d. Str. G. B. vor. Es ist auch andererseits wohl möglich, dass Beckenbrüche mit sehr starker Verschiebung der Knochenfragmente oder mit übermässig grossem ins Becken ragenden Kallus heilen, sodass zwar die Zeugungsfähigkeit nicht aufgehoben, aber Beischlafsunfähigkeit eingetreten ist. In diesem Falle wird der Gerichtsarzt nach dem Vorgange **Caspers**[2]) beide Folgen der Schiefheilung als identisch bezeichnen müssen.

Eine erhebliche dauernde Entstellung ist begreiflicher Weise mehr eine Frage ästhetischer als rein medizinischer Natur und wird meistens von dem Richter und von Laien (Geschworenen) beurteilt werden können. Indessen wird auch der Gerichtsarzt nicht selten in die Lage kommen, seine Ansicht darüber äussern zu müssen. Die Ausdrücke „*erheblich*“ und „dauernd“ sind durch Reichsgerichtsentscheidungen[3]) dahin erläutert, dass die äussere Gesammterscheinung des Menschen durch die Entstellung verändert sein muss und dass eine Heilung in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Solche Fälle werden vorliegen, wenn z. B. im Gesichte nach Frakturen der Gesichtsknochen, besonders der Nasenbeine, eine Heilung mit erheblicher Dislocation der Fragmente zustande gekommen ist, ebenso, wenn sich ein erheblicher Gibbus entwickelt hat, — dieser ist nach den neuesten Mittheilungen von

---

[1]) Schlockow. Der preussische Physikus. 1895. B. II. p. 45 u. 46.

---

[1]) **Schröder**. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1891. p. 677.

[2]) **Casper-Limann**. Handbuch der gerichtlichen Medizin. III. p. 51.

[3]) Schlockow, a. a. O. p. 48.

Kümmell und anderen Forschern[1]) meist auf Brüche der Wirbelkörper zurückzuführen —, ferner wenn lange Röhrenknochen mit sehr starker winkeliger Knickung heilen, oder ein genu varum, valgum, pes varus, valgus, equinus oder starke Rotation des Fusses nach aussen oder innen, oder auch schliesslich eine derartige Verkürzung des Beines nach geheilter Fraktur entstanden ist, dass der Patient stark hinkt. — Wie erheblich der Grad der Entstellung sein muss, unterliegt natürlich in jedem Falle der subjektiven Auffassung des Urteilenden. Hierfür kann massgebend sein die Natur der Entstellung und die Individualität des Verletzten. Dass z. B. dieselbe Entstellung bei einem jungen Mädchen anders beurteilt werden wird, als bei einem Manne, liegt auf der Hand. Die Thätigkeit des Gerichtsarztes wird sich unter solchen Umständen meist darauf beschränken, festzustellen, wo ein Verschulden der Schiefheilung zu suchen ist.

Der Verfall in Siechthum ist nach einem vom Reichsgericht anerkannten Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen (Referent Skrzeczka)[2]) aufzufassen als ein schwerer chronischer Zustand, dessen Heilung gar nicht oder nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist, welcher ferner den gesamten Organismus des Verletzten ergreift und eine erhebliche Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens zur Folge hat. Dass grade schiefgeheilte Frakturen ein Siechtum im obigen Sinne hervorrufen, wird ohne weiteres nicht behauptet werden können. Allerdings sind Fälle bekannt, in denen nach fehlerhafter Heilung der Bruchenden sehr heftige Neuralgien[3]) aufgetreten sind, die das Allgemeinbefinden des Verletzten in erheblichem Maasse störten und nur durch operative Eingriffe beseitigt werden konnten. Für solche Fälle würde zweifellos der Begriff des Siechthums zutreffen. — Ferner ist es von der Epilepsie, die man unter Umständen auch als Siechthum im Sinne des § 224 d. Str. G. B. wird bezeichnen müssen, bekannt, dass sie auf traumatischer Basis sowohl zentralen Ursprungs (nach Verletzungen des Schädels) als auch peripherischen Ursprungs (durch gewebliche oder nervöse Alterationen in der Peripherie des Körpers — sogenannte Reflexepilepsie —) sein kann. Dass die Bedingungen für den Ausbruch der Epilepsie durch schiefgeheilte Knochenbrüche, wo dieselben auch ihren Sitz haben mögen, gegeben sein können, wird man nicht in Abrede stellen wollen. Abgesehen davon, dass bei Schädelfrakturen das Gehirn selbst in mehr oder weniger erkennbarer Weise lädirt werden kann, können Narben und Nervenläsionen bei schiefgeheilten Knochenbrüchen des Rumpfes und der Extremitäten genau so häufig wie nach Verletzungen überhaupt vorkommen. Im letzteren Falle muss man nach den überzeugenden Untersuchungen von Bergmanns[4]) annehmen, „dass ein pathologischer Reizzustand vom verletzten peripheren Nerven nach längerer Dauer oder häufiger Wiederkehr so auf die Grosshirnrinde wirkt, dass diese in denjenigen Zustand versetzt wird, in welchem die Ursache der, Epilepsie genannten, Neurose beruht.“ Der Gerichtsarzt wird diese Verhältnisse im gegebenen Falle wohl in Betracht ziehen müssen, aber das Auftreten der Epilepsie grade als Folge der Schiefheilung zu bezeichnen, wird er in den seltensten Fällen im Stande sein. In dieselbe schwierige Lage wird der Gerichtsarzt versetzt werden, wenn er sein Urtheil darüber abgeben soll, ob z. B. Tabes dorsalis oder bösartige Tumoren, kurz alle diejenigen schweren Folgezustände von Verletzungen überhaupt, die unter den Begriff „Siechthum“ subsumirt werden, grade auf die Schiefheilung eines Knochenbruchs zurückzuführen sind. In den meisten Fällen wird er wohl zu der Ueberzeugung kommen, dass ein ursächlicher Zusammenhang grade der Schiefheilung mit dem schweren allgemeinen Leiden nicht wird aufrecht erhalten werden können.

Als Lähmung“ im gerichtsärztlichen Sinne ist nach der Definition der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen[1]) aufzufassen „die Unfähigkeit, einen bestimmten Bewegungsapparat des Körpers zu denjenigen Bewegungen zu gebrauchen für welche er von Natur eingerichtet ist“, gleichviel, „ob das Hindernis der Bewegung in einem Centralorgan oder in einem peripherischen Teile des Körpers gelegen ist“. Demnach ist nur das Unbrauchbarwerden eines wichtigen Körpergliedes für den Begriff der Lähmung massgebend, ohne dass dasselbe vollständig gelähmt, d. h. absolut unbeweglich zu sein braucht. — Hier sollen nur diejenigen Lähmungen besprochen werden, deren Entstehungsursachen direkt in der Schiefheilung zu suchen sind. — Besonders häufig machen sich diese an den unteren Extremitäten geltend, weil nicht blos die Dislokationen, sondern auch die zurückbleibenden Funktionsstörungen beim Stehen und Gehen mehr ins Gewicht fallen. Diese Funktionsstörungen können nun bestehen in einer Veränderung der Länge, der Gestalt oder der Richtung eines Gliedes. — Am häufigsten ist bei den unteren Extremitäten die Verkürzung nach Brüchen des Oberschenkels beobachtet worden, indem letztere nicht selten mehr als fünf, zuweilen auch zehn bis zwanzig cm und darüber betragen kann.[2]) Hierbei ist in forensischer Beziehung nicht uninteressant die Thatsache, dass die Mehrzahl normaler unterer Gliedmassen eine Verschiedenheit der Länge zeigen, die im Maximum sogar bis 2 cm betragen kann. (Die linke Extremität ist in der Regel die längere.) Die nach einer Fraktur eintretende Verkürzung wird demnach bald etwas grösser, bald etwas geringer ausfallen, je nach dem sie an der ursprünglich längeren oder kürzeren Extremität ihren Sitz hatte. Unerwähnt soll auch bei dieser Gelegenheit nicht bleiben, dass Beobachtungen vorliegen, nach welchen bei Kindern eine Verkürzung sich auch bei bestehenbleibender Deformheilung ausgleichen kann. Baizeau[3]) beobachtete bei einem vier- bis fünfjährigen Kinde eine fest konsolidirte Fraktur des Oberschenkels mit beträchtlicher Uebereinanderschiebung der Fragmente, bei der trotzdem die beiden Oberschenkel bis auf 1 mm gleich lang waren. — Der Gerichtsarzt wird, wenn es sich um die Frage handelt, ob Lähmung im Sinne des § 224 d. Str. G. B. vorliegt, nicht Rücksicht auf die absolute Längendifferenz der Extremitäten zu nehmen haben und nur dann eine Lähmung annehmen können, wenn die Verkürzung einer Extremität so gross ist, dass das Bein zum Gehen nicht mehr tauglich ist. Ist das Bein indessen noch so weit gebrauchsfähig, dass es beim Gehen mit benutzt werden kann, dass letzteres aber nur mit starkem Hinken verbunden ist, so wird diese Störung wohl mehr unter den Begriff der „dauernd erheblichen Entstellung“ fallen. —

Ausser der Verkürzung kann die Achsenknickung der Diaphysenknochen zu einer sehr erheblichen Funktionsstörung führen; denn durch die Achsenknickung eines langen Röhrenknochens wird auch die Richtung seiner Gelenkflächen verändert. Es werden daher bestimmte Theile dieser Gelenke einem stärkeren Druck oder Zug ausgesetzt und die Gelenkbänder der betreffenden Seite gezerrt oder gedehnt, sodass

[1]) Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen 1898. p. 351.
[2]) Schlockow, a. a. O. p. 49 und Strassmann, a. a. O. p. 576.
[3]) Gurlt, a. a. O. p. 729 und Bruns, a. a. O. p. 469 ff.
[4]) v. Bergmann. Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. III. Aufl. 1899. p. 391.

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin N. F. Band XVI. p. 1.
[2]) Bruns, a. a. O. p. 523.
[3]) Cit. nach Bruns, a. a. O. p. 529.

nicht nur die Bewegungen beschränkt und schmerzhaft sind, sondern auch unter Umständen Diastasen und Subluxationen zustande kommen. Auf diese Weise entsteht z. B. an den unteren Extremitäten die Varus-Valgus- oder Equinusstellung des Fusses, die das Auftreten ganz unmöglich machen kann. — Ebenso folgenschwer kann die Achsendrehung des unteren Fragments mit Aus- und Einwärtsrotation des Fusses, welche sowohl bei Ober- als auch bei Unterschenkelfrakturen zurückbleiben kann, für den Verletzten werden. — An der oberen Extremität können noch Verwachsungen der beiden gegen einander beweglichen Unterarmknochen, wie wir schon früher gesehen haben, entweder direkt miteinander oder durch Vermittelung von Kallusbrücken entstehen, die die Pro- und Supinationsbewegung der Hand vollständig aufheben können. — Dass bei den Brüchen der Gelenkenden der Röhrenknochen, wenn sie deform knöchern heilen, oder wenn daselbst abnorme Kallusbildung (z. B. mit knollen-, zapfen-, dornen- oder stalaktitenförmigen Excrescenzen)[1]) eingetreten ist, die Bewegungen der Gelenke in ganz erheblichem Masse gehemmt werden können, ist erklärlich. — Ferner kann durch schiefgeheilte Frakturen eine Läsion eines benachbarten Nervenstammes bewirkt werden in Folge anhaltenden Druckes durch ein dislokirtes Fragment oder durch abnorme Kallusbildung, sodass einerseits, wie wir schon bei Besprechung des Verfalls in Siechthum gesehen haben, Neuritiden, andererseits aber auch Lähmungen eintreten können. Nicht selten kommen solche Lähmungen durch Nervenkompression am Nervus radialis, am Nervus medianus, sowie am Plexus brachialis (bei Clavikularbrüchen mit winkeliger Knickung nach hinten), an der unteren Extremität bei Brüchen des oberen Fibulaendes (Peroneuslähmung mit nachfolgendem Pes equinovalgus) vor. — Weiterhin kann eine Aufhebung der Funktion dann stattfinden, wenn die Muskeln mit dem Kallus verwachsen sind und dadurch wie in dem von Gurlt[2]) angeführten Falle Chassaignac's von deformgeheilter Unterarmfraktur die zarteren Bewegungen der Hand und der Finger sehr stark beeinträchtigt sind. — Wenn dergleichen behauptet wird, hat der Gerichtsarzt immer mit der Möglichkeit der Uebertreibung zu rechnen und genau örtlich zu untersuchen.

Schliesslich erübrigt noch des Verfallens in Geisteskrankheit kurz zu gedenken. Dass Geistesstörung auf traumatischer Basis selbst viele Jahre nach erlittener Verletzung entstehen kann, ist eine längst bekannte Thatsache; ebenso muss es als feststehend angesehen werden, dass sie, wie die traumatische Epilepsie, einerseits nach Kopfverletzungen, andererseits nach peripherischen Verletzungen (als Reflexpsychose) entstehen kann. Die Fälle, in denen die Geisteskrankheit auf die im Gefolge von Knochenbrüchen auftretenden pathologischen Veränderungen an der Frakturstelle nachweisbar zurückgeführt werden können, sind sehr selten. v. Bergmann[1]) citirt zwei derartige Fälle (Molière's und Stetter's) von Exostosenbildung an der Frakturstelle des Schädels und einen Fall von Reflexpsychose (Thomsen) nach Schuss in den Oberarm. — Und wenn selbst an den Gesichtsarzt die Frage eines derartigen ursächlichen Zusammenhangs herantreten sollte, so wird es immer noch häufiger darauf ankommen, den ursächlichen Zusammenhang einer Psychose mit dem Trauma überhaupt als mit einer schiefgeheilten Fraktur nachzuweisen. Noch viel mehr wird dies zutreffen bei jenen Fällen traumatischer Hysterie (Charcot) oder traumatischer Neurose, (Oppenheim) die man, wenn nicht zum „Siechthum“ zu den Psychosen wird zählen können, namentlich dann, wenn die psychischen Symptome vor den nervösen prävalieren.

¹) Gurlt, a. a O. p. 731.
²) Gurlt, a. a. O. p. 729.
¹) v. Bergmann, a. a. O. p.

Bisher haben wir nur von denjenigen Folgezuständen von Knochenbrüchen gesprochen, welche für den Richter massgebend sein können, um die Strafbestimmungen der §§ 224 und 224 des Strafgesetzbuches in Anwendung zu bringen. Es sind dies die Folgezustände, welche eine Körperverletzung als „schwere“ charakterisieren. Im Gegensatz hierzu würden alle anderen Knochenbrüche, selbst die schiefgeheilten, wenn sie nicht den Bedingungen der oben genannten Paragraphen entsprechen, strafrechtlich als „leichte“ Körperverletzungen aufzufassen sein.[1]) Die juristische und die rein medizinische Auffassung von der Schwere einer Verletzung werden sich freilich nicht immer decken. Eine komplizirte Splitterfraktur z. B. wird der Arzt immer als schwere Verletzung auffassen, auch wenn dieselbe gut und ohne weitere Schädigung des Verletzten zu hinterlassen, ausgeheilt ist. Im Sinne des Gesetzes wird er aber dieselbe als „leichte“ Verletzung bezeichnen müssen. Um einen Angeklagten nicht unter dem Konflikt dieser Anschauungen leiden zu lassen, wird der Schwerpunkt der gerichtsärztlichen Thätigkeit, wenn es sich um die Beurteilung eines schiefgeheilten Knochenbruchs handelt, immer darauf beruhen müssen, die Entstehungsursachen der Schiefheilung, wie wir sie im ersten Theile unserer Abhandlung besprochen haben, in ausgiebigster Weise zu würdigen. Hat z. B. der schlechte Ausgang einer Frakturheilung seinen Grund in der eigenthümlichen Beschaffenheit des Bruches selbst oder in dem Verhalten resp. in der Individualität des Kranken, so wird der Thäter nicht für die schweren Folgeerscheinungen verantwortlich gemacht werden können. — Dasselbe gilt auch für den Arzt, unter dessen Behandlung der schlechte Ausgang erfolgt ist. — Handelt es sich indessen darum, dass nur die fehlerhafte Behandlung seitens des Arztes die Schiefheilung eines Knochenbruches und somit auch die etwaigen weiteren Folgen verschuldet hat, so wird der Gerichtsarzt zu entscheiden haben, ob der betreffende Arzt die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufes verpflichtet war, ausser Acht gelassen habe. (§ 230 d. Str. G. B.) Wie der Gerichtsarzt bei Beurtheilung solcher Fragen sich zu verhalten hat, haben wir bereits früher im Anschluss an die Besprechung der Ursachen der Schiefheilung des Näheren ausgeführt.

Ausser durch die strafrechtlichen Fragen, die an sie anknüpfen, können schiefgeheilte Knochenbrüche den ärztlichen Sachverständigen im civilrechtlichen Verfahren in Anspruch nehmen, wenn es sich um die rein materielle Entschädigung handelt, die der Verletzte von dem Thäter, dem behandelnden Arzte oder seinem Arbeitgeber zu verlangen hat. Nach den §§ 823 und 842 B. G. B. erstreckt sich die Verpflichtung zum Schadenersatz für denjenigen, der vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper oder die Gesundheit eines anderen verletzt hat, auf die Nachteile, welche der Verletzte in Bezug auf seinen Erwerb oder sein Fortkommen erlitten hat. Wie folgenschwer übrigens die Haftpflicht für den Thäter oder auch den behandelnden Arzt werden kann, geht aus § 844 B. G. B. hervor, der besagt, dass im Falle der Tötung der Ersatzpflichtige, dem Dritten, dem in Folge der Tötung das Recht auf den Unterhalt entzogen ist, durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadenersatz zu leisten hat, als der Getötete während der muthmasslichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde. Ja selbst bei blosser Verunstaltung kann der Verletzte wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen, die wenn es sich um un-

¹) Hofman, a. a. O. p. 340.

verheirathete Frauenspersonen handelt, eine recht beträchtliche Höhe erreichen kann.

In der Mehrzahl der Fälle wird freilich gerade bei schiefgeheilten Frakturen die Frage gerichtsärztlicher Beurtheilung unterliegen, ob und in wieweit die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit des Verletzten beeinträchtigt worden ist. Der Gutachter hat dann auf Grund des anatomischen und functionellen Befundes die Erwerbsunfähigkeit nicht nur in Bezug auf den bisherigen Beruf des Verletzten zu bestimmen, sondern auch nach der Massgabe, ob der Verletzte nicht auch — unter Berücksichtigung seiner Vorbildung — durch andere Thätigkeit erwerbsfähig sein kann.[1]) Die Zahl der Untersuchungen auf den Grad der Erwerbsunfähigkeit hat natürlich seit der Einführung des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 erheblich zugenommen. Wenn auch der Gerichtsarzt seitens des Unfallversicherungsgesetzes weniger in Anspruch genommen wird, da hier fast ausschliesslich der behandelnde Arzt und der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaften in Thätigkeit tritt, so wird doch der erstere der Erfahrungen, welche seit dem Bestehen des Gesetzes gesammelt worden sind, nicht entraten können; namentlich wird er in vielen Fällen mit Vortheil diejenigen Normen zu Rathe ziehen können, welche die Unfallgesetzgebung für die verschiedenen Verletzungen und ihre Folgen im Laufe der Zeit in prozentischen Ziffern der Erwerbsunfähigkeit aufgestellt hat. Kann er doch, wie kasuistische Mittheilungen lehren, auch in die Lage versetzt werden, analoge Fälle in foro zu beurtheilen!

Eine Frage, die bei schiefgeheilten Frakturen noch in Betracht kommen kann, ist die, ob ein Heilverfahren in einem bestimmten Falle als abgeschlossen zu betrachten ist oder nicht. Der Gerichtsarzt wird hierbei häufig nicht den Standpunkt des Gesetzgebers theilen können. Ist ein Knochenbruch schief geheilt, so wird, so lange die Möglichkeit vorhanden ist, durch operative Eingriffe eine Besserung des Allgemeinbefindens resp. eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit zu erzielen, die Behandlung vom ärztlichen Standpunkte aus nicht als abgeschlossen angesehen werden können, während nach den bestehenden Gesetzen die schiefgeheilte Fraktur als abgeschlossenes Heilverfahren zu erachten ist, da es das freie Recht des Verletzten ist, in eine Operation zu willigen oder nicht.[2]) Nichts desto weniger wird der Gerichtsarzt seiner Auffassung an Gerichtsstelle Ausdruck verleihen dürfen, um im gegebenen Falle eine mildere Beurtheilung eines Angeklagten zu erzielen. Nur wenn es sich um gewisse therapeutische Massnahmen, z. B. um die mechanische Weiterbehandlung nach erfolgter Frakturheilung handelt, kann der Verletzte vom Standpunkte des Unfallversicherungs-Gesetzgebers für die Folgen seiner Weigerung eine materielle Einbusse erleiden, indem er „für denjenigen Theil der Erwerbsunfähigkeit, der nach sicherer Voraussetzung durch die weitere Behandlung beseitigt worden wäre", keine Entschädigung zu erhalten braucht.

Schliesslich wollen wir noch bemerken, dass der Gerichtsarzt ebenso wie der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaften Täuschungen seitens der Verletzten ausgesetzt sein können. Letztere übertreiben zuweilen nach einer mit Schiefheilung endenden Fraktur die Beschwerden, da sie ein Interesse an einer möglichst hohen Entschädigung oder Rente haben, oder aber sie beschönigen ihre Gebrechen, wenn es sich z. B. darum handelt, eine Pensionirung hinauszuschieben. Der Gerichtsarzt wird infolgedessen die Angaben eines jeden Kranken nur mit Würdigung der ganzen Persönlichkeit desselben verwerthen können; seine Hauptaufgabe wird es immer sein, die subjektiven Beschwerden im Vergleich mit dem objektiven Befunde genau zu prüfen. Indessen soll der ärztliche Sachverständige auch nicht voreingenommen sein und, wenn er bei einem Untersuchten den objektiven Befund mit den subjektiven Angaben nicht in Einklang bringen kann, den Verletzten nicht gleich als Simulanten bezeichnen. Er darf kein Hilfsmittel unversucht lassen, die Wahrheit zu ergründen. Haben wir doch Eingangs unserer Abhandlung gesehen, dass selbst bei scheinbar guten Frakturheilungen oft Beschwerden bestehen können, für die man vor der Röntgen'schen Entdeckung überhaupt keine Anhaltspunkte finden konnte. Uebrigens sind die Fälle, in denen wirklich beabsichtigte Täuschungen vorliegen, nach den Erfahrungen, die man nach Einführung der Unfallgesetzgebung gemacht hat, nicht so häufig, als man vielfach vermuthet. Von kompetentester Seite, dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts ist im Jahre 1891 in dieser Beziehung die Auesserung gethan worden[1]): „Dass die Arbeiter zur Aufstellung frivoler Forderungen neigten, kann keineswegs behauptet werden; auch spielt die Simulation eine untergeordnete Rolle. — — — Allerdings läuft natürlich hier wie anderswo menschliche Schwäche und Schlechtigkeit mit unter, aber nicht mehr, als anderswo. Die Arbeiter sind eben nicht besser, aber auch nicht schlechter, als der Durchschnitt der Nation."

[1]) Strassmann, a. a. O. p. 30. ff.
[2]) Becker, a. a. O. p. 15.
[1]) Becker l. c. p. 68.

Referate.

Allgemeines.

Ueber den Nachweis menschlichen Blutes durch ein „Antiserum".

Von Prof. Dr. R. Stern-Breslau.
(Dtsch. med. Wochenschr. I, Nr. 9.)

Nachdem, wie wir schon in voriger Nummer berichteten, Uhlenhuth als erster eine Methode veröffentlicht hat, die, von bakteriologischen Forschungen ausgehend, bestimmt scheint, auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin einen bedeutenden Fortschritt zu begründen, stellt es sich heraus, dass ähnliche Forschungen unabhängig von denen des Greifswalder Bakteriologen auch anderwärts in Angriff genommen worden sind. Kurz nach Uhlenhuth sind in Berlin Wassermann und Schütze zum Abschluss ihrer diesbezüglichen Untersuchungen gelangt, ihnen folgt jetzt Rich. Stern mit einer kurzen Mittheilung, die im wesentlichen die Ergebnisse U.'s bestätigt, allerdings mit dem, weniger vom gerichtspraktischen als vom wissenschaftlichen Standpunkte aus interessanten Zusatze, dass Affenblut dieselbe Reaktion wie Menschenblut, Taubenblut dieselbe wie Hühnerblut giebt. Recht wichtig ist die von Stern gefundene Thatsache, dass man durch fortgesetzte Serumeinspritzungen, die bei entsprechender Vorsicht von den Thieren gut vertragen werden, die Feinheit der Reaktion bedeutend erhöhen kann. So gelang es St., an dem Serum eines mehrere Monate vorbearbeiteten Kaninchens die Reaktion noch mit 50000-fach verdünntem menschlichen Blutserum zu erzielen.

Kriminell-chemische Notizen über das Arsen.

Von C. Krügel.
(Arch. f. Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik, Bd. 6, H. 2.)

Bis vor kurzer Zeit galt es für feststehend, dass der normale menschliche Organismus kein Arsen enthalte, dass also in Leichen vorgefundenes Arsen von aussen eingeführt sein müsse. Und wenn auch Armand Gautier durch Verfeinerung

unserer bisher schon recht scharfen Methoden nachweisen konnte, dass der thierische und menschliche Körper, eben so wie viele Pflanzen, Arsen enthalte, so musste er doch zugestehen, dass diese Erfahrung auf die seitherige Praxis unserer Sachverständigen keinen Einfluss haben kann, weil einmal die in den Körpertheilen vorgefundenen Arsenmengen ganz minimale sind und andererseits sich das Gift normalerweise nie in den gewöhnlich zur Untersuchung benützten Organen (Leber, Milz, Niere, Blut, Harn, Koth etc.) findet, sondern, in einer wägbaren Menge in der Schild- und den Milchdrüsen in geringen Spuren im Gehirn, in Haaren, Nägeln, Knochen, in der Haut. Findet der Chemiker namentlich bei einer wieder ausgegrabenen Leiche Arsen, so wird die wichtigste Frage die nach der vorhandenen Menge sein, nach deren Feststellung erst der ärztliche Sachverständige ein Urtheil darüber abzugeben haben wird, ob sie genügt hat, um den Tod des Verstorbenen herbeizuführen. Ist die Menge ausreichend gefunden worden, dann wird untersucht werden müssen, auf welche Weise das Gift in den Körper gelangt ist, denn die Anwendung des Arsens in der Heilkunde und Kosmetik ist eine sehr bedeutende, Arbeiter in Arsenwerken und vielen andern chemischen Betrieben, in denen arsenhaltiges Material verarbeitet wird, haben chronische Arsenvergiftungen und schliesslich kann bei der vielfachen Verwendung von „Arsenikblüthen" und Scheeleschem oder Schweinfurter Grün, oder arsenhaltigen Gegenständen im Haushalte das Gift aus Unvorsichtigkeit oder durch unglücklichen Zufall in den Körper des Verstorbenen gelangt sein. Bei Leichen, die schon längere Zeit im Boden gelegen haben, kommt noch dazu, dass das Arsen von künstlichen Blumen, Crucifixen, Heiligenbildern etc., die den Todten mit ins Grab gegeben worden sind, selbst von der Anstrichfarbe oder den Metallbeschlägen des Sarges her in den Leichnam eingedrungen sein kann und es ist auch nicht ausgeschlossen, dass das vorgefundene Arsen aus dem Kirchhofsboden stammt.

Bei solchen älteren Leichen ist aber, wenn die vorgefundene Menge Arsen eine sehr geringe ist, noch zu beachten, dass dieses Element durch Bildung von flüchtigem Arsenwasserstoff zum grossen Theile verdampft sein kann oder dass der Verstorbene den Folgen der Vergiftung erlegen ist, nachdem das Gift schon aus dem Körper ausgeschieden war.

Zum Schlusse macht Verf. darauf aufmerksam, dass die lange Zeit verbreitete Ansicht, dass jede Arsenvergiftung Mumifikation zur Folge habe, vollständig hinfällig ist. Eine Verzögerung der Fäulniss ist durch örtliche Verhältnisse bedingt, welche auf normale Leichen den gleichen Einfluss haben würden wie auf Arsenleichen. Schlockow.

Chirurgie.

Zur Kasuistik der Herz- und Lungen-Stichverletzungen.

Von Dr. Stuparich, chirurg. Assistent am städtischen Krankenhause zu Triest.

(Wiener med. Pr. 1900, No. 53.)

I. Selbstmord durch Herzstich von der rechten Thoraxhälfte aus.

Bei einem Mann, der sich ein Taschenmesser in der Mitte zwischen rechtem Brustbeinrand und Brustwarzenlinie in die Brust gestossen hatte, fand sich objektiv lediglich ein unansehnlicher, nicht blutender Schnitt zwischen 4. und 5. Rippe. Ueberraschender Weise starb der Verletzte in $^3/_4$ Stunden nach der Verletzung. Bei der Leichenöffnung fand sich ein fast wagerecht von rechts vorn nach links und etwas nach hinten verlaufender Stichkanal. Der dünne Lungensaum, der im Bereiche der Verletzung liegt, war durchstochen, der Herzbeutel eröffnet und die rechte Herzkammer dicht an der Spitze angestochen.

II. Stichverletzung der linken Brust — weite Eröffnung der Pleura und des Pericards — Heilung.

Ein junger Arbeiter trug bei einer Schlägerei neben andern bedenklichen Verletzungen eine Wunde in der linken Brustwarzenlinie davon, die sich 8 cm lang zwischen 6. und 7. Rippe erstreckte. Die Luft strich beim Athmen deutlich in den Rippenfellraum ein und wieder hinaus. Da an Mitverletzung eines Organs der Bauchhöhle gedacht wurde, suchte Verf. nach Erweiterung der Wunde die Tiefe mit den Fingern ab. Dabei ertastete er zwar ein lufthaltiges Organ, kam aber nicht unmittelbar auf dasselbe, sondern in ein zerfetztes Gewebe. Als er nun die Finger nach oben umdrehte, merkte er, dass das Herz unmittelbar auf ihnen lag. Er konnte die Pulsation und Drehung des Herzens deutlich fühlen.

Inzwischen wurde aber die Herzthätigkeit unregelmässig und sehr verlangsamt. Sofort zog S. die Finger zurück, nähte und verband die Wunde. Der Heilungsverlauf wurde durch eine akute Lungenentzündung, die nur vom 10. bis 16. Tage anhielt, verlangsamt.

Ueber Herzstichverletzungen und Herznaht.

Von Dr. O. Walker.

Aus der chir. Abth. des städt. Krankenh. Friedrichshain in Berlin. (Dir.: Geh. Rath Prof. Dr. Hahn.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 58, Heft 1 und 2.)

Von fünf Kranken mit Herzwunden, welche in den letzten 20 Jahren in das Krankenhaus am Friedrichshain eingeliefert wurden, genasen zwei ohne Operation; bei einem kam es nicht mehr zum operativen Eingriff; die beiden letzten starben kurze Zeit nach vollendeter Herznaht. Die interessantesten, tötlich verlaufenen Fälle waren folgende:

Ein Geisteskranker hatte sich bei einem Selbstmordversuch über 20 Stiche in der Herzgegend beigebracht, von denen acht die Vorderwand der linken Herzkammer selbst verletzten. Zwei von ihnen, welche die ganze Wand durchdrungen hatten, wurden genäht. Tod nach 34 Stunden.

Im 2. Falle war das verletzende Messer zuerst in die Bauchhöhle gedrungen, hatte das Zwerchfell und den Herzbeutel durchdrungen und das Herz dicht an seiner Spitze angestochen, so dass gleichzeitig mit dem Pulsschlag schwarzes Blut aus demselben hervorquoll. Herznaht gelang, da die Fäden mehrfach ausrissen, erst nach einigen vergeblichen Versuchen. Tod eine Stunde nach der Operation.

Als Operationsmethode empfiehlt Verf. den von französischen Forschern angegebenen Schnitt, gleichlaufend und 1 cm entfernt vom linken Brustbeinrand. Von diesem Schnitt aus werden nach Bedarf der 5., 6., 7. Rippenknorpel resecirt. Wunden im rechten Vorhof oder an den beiden Herzohren müssen durch nachträgliche Durchtrennung weiterer Rippen oder des Brustbeins zugänglich gemacht werden. Nhs.

Weiterer Beitrag zur Herzchirurgie. Die Unterbindung der verletzten Arteria coronaria.

Von San.-Rath Dr. Pagenstecher, Oberarzt.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Elberfeld.

(Deutsche medizinische Wochenschrift, 24. Januar 1901.)

Obschon der Verletzte nach 5 Tagen starb, so konnte der Fall vom Standpunkt des Chirurgen dennoch als Erfolg verzeichnet werden. Die Coronaria sinistra war durch einen Dolchstoss verletzt worden und der operative Eingriff, zur Stillung der Blutung und Aufhebung der Herztamponade unternommen, erfüllte seinen Zweck vollkommen. Die interessanten techni-

schen Einzelheiten lese man im Original. Chronische Nephritis und Erweiterung des Herzens mit weitgehender Muskeldegeneration im Verein mit septischen Prozessen führten zum Tode. Letztere scheinen den örtlichen Verhältnissen nach sehr schwer zu vermeiden sein, so dass man trotz der bei solchen Unfällen gebotenen Eile gerade hierauf einen besondern Werth zu legen hat. Interessant ist auch noch die Bestätigung, dass trotz fehlender Anastomosen grössere Arterienstämme der Herzmuskel durch die Unterbindung einzelner Coronariaäste keinen Schaden leidet.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Ein Fall von schwerer Herzverletzung ohne Verletzung des Herzbeutels.

Von Dr. G. Justi, Idstein im Taunus.

(Deutsche medizinische Wochenschrift, 17. Dezember 1900, No. 50.)

Ein weiterer Fall zu den in früheren Abhandlungen beschriebenen seltenen Vorkommnissen. Es handelte sich um 3 aus nächster Nähe von vorn abgegebene Revolverschüsse, von welchen der eine einen 5 cm langen Streifschuss des linken Ventrikels darstellte, ein zweiter beide Wände desselben durchbohrte, ohne den Herzbeutel zu verletzen. Die auf die meisten Fälle gut passende Erklärung dieser zunächst sehr überraschenden Thatsache ist die, dass die Kugel bereits erheblich geschwächt war, als sie ans Herz gelangte, so dass das ungemein elastische und zähe Gewebe des Herzbeutels vor der Kugel her in die Wunde des spröderen Herzgewebes hineingetrieben wurde, aus der es sich theils vermöge eigener Elastizität, theils in Folge der letzten Muskelaktion des Herzens wieder hervorgestülpt hat. Letzteres ist bei Verletzungen der nervenarmen Ventrikel sehr wohl möglich, während bei Verletzungen der Vorhöfe mit ihrem reichen sensiblen Apparat ein sofortiges Aufhören der Herzthätigkeit die Folge sein würde.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Beitrag zur Frage der Fremdkörper im Herzen.

Von W. A. von Oppel.

(Archiv f. klin. Chirurg. B. 63, H. 1.)

Von Oppel hat die Frage der Herzverletzungen durch Experimente an Kaninchen zu lösen gesucht. Er bediente sich dazu einfacher Nähnadeln, die er vor dem Versuche ausglühte und dann heiss oder abgekühlt in das Herz einführte.

Von den Kaninchen, denen er eine Nadel in das Herz einführte, ohne dass dasselbe vorher freigelegt war, ging je eins am 6., 8., 27, 28. und 30. Tage zu Grunde, eines tötete er am 72., eins am 92. Tage nach dem Versuch. Bisweilen traten eitrige und fibrinöseitrige Entzündungen des Pericards auf, dann starben die Thiere innerhalb der ersten 8 Tage.

Die Einführung einer Nadel in das Herz bei gleichzeitiger Freilegung desselben wirkte für die Versuchsthiere weit verderblicher.

Kommt beim Einstich der Nadel in das Herz ein Stück der Nadel in den Herzbeutel zu liegen, so wird dieses in der Regel eingekapselt. Es bilden sich von Seiten des Pericardium viscerale um den Eintrittspunkt der Nadel häufig fungiforme Wucherungen, deren gesammte Oberfläche von einer ununterbrochenen Endothelschicht bekleidet ist.

v. Oppel bestreitet auf Grund seiner Versuche das Wandern von Nadeln aus einer Pleurahöhle oder der Lunge in das Herz etc.; selbst bei einer Nadel, die in das Herz eingeschoben, mit einem Ende ausserhalb desselben im Intercostalraum verblieb, sah er kein Wandern und folgert daraus, dass das bisher allgemein angenommene Wandern von Nadeln im Körper beim Menschen allem Anscheine nach gleichfalls nicht stattfinde (ein in dieser Allgemeinheit bestimmt falscher Schluss. D. R.).

Untersuchte Oppel die Herzhöhle in verschiedenen Zeitabschnitten nach der Einführung der Nadel, so fand er stets, dass um den Theil der Nadel, der entweder aus der Herzwand hervortrat oder in die entgegengesetzte Herzwand eindrang, sich eine aus einem weissen Thrombus bestehende Scheide gebildet hatte. Die Scheide hatte die Form eines Röhrchens und besass in den ersten Tagen eine Länge von 1—2 mm; nur 2 mal unter 40 Fällen sah er eine Nadel, die in ihrer ganzen Länge mit einem rothen und weissen Thrombus bedeckt war. Mikroskopisch besteht der Thrombus aus einem dichten Fibrinnetz mit mehr oder minder zahlreich beigemischten weissen und rothen Blutkörperchen. Später wächst Granulationsgewebe in die Fibrinmasse hinein und etwa nach $1^1/_2$ Monaten ist an Stelle des weissen Thrombus eine narbige Scheide getreten, die von den Herzwandungen aus immer weiter über die Nadel hinzieht und sie nach etwa 3 Monaten ganz einhüllt.

Kommt die Nadel in dem Herzen so zu liegen, dass sich ihre Spitze ganz nahe der entgegengesetzten Wand befindet, so dass sie bei jeder Herzkontraktion die gegenüberliegende Wand ansticht, so entwickelt sich an dieser Stelle eine tumorartige Wucherung, die als Endokarditis verrucosa experimentalis bezeichnet werden kann.

v. Oppel hat bei seinen Versuchen an Kaninchen nie einen Todesfall in Folge primärer Blutung unmittelbar nach der Einführung der Nadel in das Herz beobachtet und selbst die Extraktion einer in das Herz frisch eingestossenen Nadel führte keine primäre Blutung herbei.

Unter den Ursachen des mehr oder minder frühen Todes des Menschen und der Thiere nach Einführung einer Nadel in das Herz vindizirt Oppel der suppurativen Perikarditis einen hervorragenden Platz; einen fast ebenso bedeutenden der serös eitrigen Perikarditis, welche bisweilen durch das sich rasch entwickelnde Exsudat das Herz komprimirt und wie eine Herzbeuteltamponade wirkt.

Die Ursachen eines späteren Todes bestehen in Veränderungen der Muskeln.

Die Scheide, welche sich aus Blutniederschlägen um die Nadel herumbildet, setzt sich durch die Muskelwandungen fort, bis in die Herzhöhle. Die Muskelfasern, welche um den Stichkanal herumliegen, werden durch das Exsudat auseinander geschoben und verlieren ihre Kontraktionsfähigkeit, so dass der Stichkanal dann nach Extraktion der Nadel durch die Kraft der Muskeln allein nicht mehr geschlossen werden kann und eine heftige Blutung erfolgen muss.

Wird dann das geronnene Röhrchan durch ein narbiges ersetzt, so wächst die Gefahr, welche mit der Extraktion der Nadel verbunden ist, noch mehr, weil das norbige Röhrchen noch starrer ist.

Daraus folgert v. Oppel mit Recht:

1. Nadeln, die in das Herz eines Menschen eingedrungen sind, müssen so schnell, wie nur irgend möglich, extrahirt werden.

2. Nach Verlauf von 2—3—4—5 Tagen ist die Nadelextraktion nur möglich, wenn eine Freilegung des Herzens vorausgegangen ist — sie bleibt aber auch dann noch sehr gefährlich.

3. Unter günstigen Verhältnissen können Nadeln in das Herz von Menschen und Thieren einheilen.

4. Die Extraktion von grösseren Fremdkörpern aus dem Herzen muss unbedingt bei vorheriger Freilegung des Herzens stattfinden.

Stabel.

Querdurchtrennung des Ductus thoracicus am Halse. Unterbindung. Heilung ohne Ernährungsstörung.

Von Stabsarzt Dr. Thöle.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, B. 58, Heft 1 und 2.)

Nach einer ausführlichen Darlegung der anatomischen Verhältnisse und Erwähnung der in der Litteratur bisher niedergelegten 24 Fälle von Verletzung des Milchbrustganges berichtet Verf. über eine eigene Beobachtung. Die Verletzung war dadurch entstanden, dass bei Entfernung von Halsdrüsen mehrere aus dem Vereinigungswinkel von Hals- und Schlüsselbeingefässen stumpf mit den Fingern ausgeschält wurden. Hierbei muss der Milchbrustgang eingerissen sein, denn am folgenden Tage war der Verband mit Milchsaft durchtränkt. Trotz Austopfung der Wunde wurde in den beiden folgenden Tagen soviel der Flüssigkeit entleert, dass der Kranke in derselben förmlich schwamm und ausserordentlich herunter kam. Es blieb nichts Anderes übrig, als den Brustgang in der Wunde aufzusuchen und zu unterbinden. Dieses wurde ohne Schaden ertragen; der Kranke erholte sich langsam bis zur völligen Dienstfähigkeit.

Ref. glaubt, dass die Verletzungen des Milchbrustganges nicht so selten sind, als Verf. annimmt. Ref. beobachtete in zwei Jahren zwei Fälle, welche gleichfalls bei Ausschälung tuberkulöser Halsdrüsen entstanden; das reichliche Ausströmen von Milchsaft konnte in beiden Fällen durch Tamponade zum Stehen gebracht werden. Die geringe Zahl der veröffentlichten Fälle ist wohl zum Theil darin begründet, dass die meisten Operateure sich scheuen, das kleine Ereigniss bekannt zu geben. Interessant und wichtig ist bei der Veröffentlichung des obigen Falles die Beobachtung, dass man im Nothfalle den Milchbrustgang unterbinden kann, ohne dass Ernährungsstörungen einzutreten brauchen, da Nebenbahnen den Saft dem Blutadersystem zutragen. Nhs.

Drei Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen, ihre Lokalisation durch Röntgenstrahlen und ihre Entfernung.

Von Stabsarzt Dr. Niehues.

Aus dem Röntgen-Laboratorium der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Bonn. (Geh. Rath Prof. Dr. Schede.)

(Fortschritte auf dem Gebiete d. Röntgenstrahlen. 3. Bd. 1901.)

Die im Nachstehenden kurz wiedergegebenen Fälle sind nicht nur an sich in ihrem Verlaufe sehr interessant, sondern dürfen gleichzeitig als Beweis für den hohen diagnostischen Werth gelten, der den Röntgenstrahlen bei Fremdkörpern zukommt. In allen 3 Fällen handelte es sich um Fremdkörper in den tiefen Luftwegen. I. Ein 12jähriger Knabe hatte eine 4,3 cm lange Nadel mit grossem Knopf aspirirt; die Röntgen-Aufnahme ergab, dass sich der Fremdkörper in der Höhe des fünften Brustwirbels links von der Wirbelsäule befand; er konnte demnach, da die Speiseröhre frei war, mit grosser Wahrscheinlichkeit im linken Bronchus vermuthet werden. Untere Tracheotomie, Hervorziehen der Trachealwunde in das Hautniveau, Sondirung, bei welcher die Nadel gefühlt wird. Wegen heftiger Hustenstösse wird die Schleimhaut mittels eines in Kokainlösung getauchten Wattetampons anaesthetisch gemacht. Beim Zurückziehen des Tampons kommt die Nadel mit heraus. II. Ein 5jähriger Knabe hatte vor $3^1/_2$ Jahren eine eiserne Holzschraube „verschluckt"; seitdem wiederholt Lungen- und Brustfellentzündungen, für die keine Ursache gefunden wird. Die Röntgendurchleuchtung ergiebt in der That das Vorhandensein des Fremdkörpers, der quer von rechts oben nach links unten vor dem fünften und sechsten Brustwirbelkörper und zwar etwas mehr nach der linken Seite mit der Spitze nach oben lag, an einer Stelle, die dem Anfangstheil des linken Bronchus entspricht. Zur Entfernung der eisernen Schraube wurde eine Sonde angefertigt, welche an ihrer Spitze einen den Dimensionen der kindlichen Luftröhre angepassten stählernen, bis zur Sättigung magnetisirten Cylinder trug. Die Extractionsversuche misslangen jedoch, wie sich später herausstellte, weil die 15 mm lange Schraube mit einer dicken Schicht von Rost, Schleim u. s. w. bedeckt war. Mit Hülfe einer langen gebogenen Zange konnte die Schraube gefasst und entfernt werden. III. Ein 11jähriges Mädchen aspirirte eine Bleistifthülse, wie sie zum Schutze der Bleistiftspitze benutzt wird. Heftiger Erstickungsanfall, nach 10 Tagen Pneumonie und Pleuritis des rechten Unterlappens, welche sich nach drei Monaten wiederholten. Die nunmehr vorgenommene Durchleuchtung ergiebt, dass die Hülse in Höhe des siebenten und achten Brustwirbels, oben $1^1/_2$, unten $2^1/_2$ cm rechts von der Medianlinie steckt, entsprechend dem untersten Theile des rechten Bronchus, nachdem sich die beiden Bronchien für den Ober-, resp. Mittellappen schon abgezweigt haben. Trotz dieses tiefen Sitzes des Fremdkörpers gelang auch hier die Entfernung mit Hülfe einer für den besonderen vorliegenden Zweck konstruirten Zange, deren Branchen, in die Hülse eingeführt, auseinandergespreizt wurden und so den Fremdkörper extrahirten. Ohne Hülfe der Röntgenbilder dürfte die Entfernung des Fremdkörpers in den beschriebenen Fällen kaum möglich gewesen sein.

Das Verfahren, welches Verf. zur Bestimmung des Sitzes von Fremdkörpern im menschlichen Körper anwendet, ist folgendes: Handelt es sich z. B. um Fremdkörper in den Lungen, so bringt man vor dem Platinbariumcyanürschirm zunächst den Fokus der Röhre, den Fremdkörper und das Auge in eine horizontale Ebene, welche am Brustkorb mit Blaustift bezeichnet wird. Dann erfolgt je eine schräge Durchleuchtung von rechts hinten nach links vorn und von links hinten nach rechts vorn; die Schattenpunkte des Fremdkörpers an der Vorder- und Rückseite des Körpers werden mit einem Höllensteinstift bezeichnet. Man nimmt dann vom Thorax in der bezeichneten Ebene mittels eines Bleistreifens eine Art Negativ, das unter Einfügung der bei der Durchleuchtung gefundenen vier Punkte auf einen Bogen aufgezeichnet wird. Verbindet man die entsprechenden Punkte durch zwei Linien, so liegt an ihrem Schnittpunkte der Fremdkörper. Um die Richtigkeit dieser Lagebestimmung zu prüfen, macht man unter bestimmter Einstellung der Röhre eine Aufnahme. Man fällt von dem Schnittpunkte auf die hintere Thoraxwand, resp. eine ihr aufliegende Ebene (die photographische Platte) eine Senkrechte und bezeichnet ihren Fusspunkt am Körper durch ein mit Heftpflaster aufgeklebtes Bleikreuz. Stellt man nun bei der Aufnahme den Fokus der Röhre senkrecht über dem Schnittpunkt ein, so muss, wenn die Lagebestimmung richtig ist, auf der Platte Kreuz und Fremdkörper zusammenfallen. Die Methode, die übrigens in ihrem ersten Theil schon bekannt ist, ist in der Ausführung ausserordentlich einfach und bietet den Vortheil, dass man durch die auf die Lokalisation folgende einfache Aufnahme sich davon überzeugen kann, ob man bei ihrer Anwendung den geringsten Fehler begangen hat oder nicht. Die Methode lässt nur dann im Stich, wenn die Dicke oder die Materie des Körpers eine Durchleuchtung nicht zulässt, wie beim Schädel, oder wenn der Fremdkörper so klein ist, dass er auf dem Schirm nicht entdeckt werden kann. In diesem Falle treten an die Stelle der beiden Durchleuchtungen zwei Aufnahmen.

—y.

Innere Medizin.

Gonorrhoische Gelenkerkrankungen und Trauma.

Von Prof. Dr. Thiem.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde, 1900, No. 9.)

Bei der praktischen Wichtigkeit der Frage über die Beziehungen irgendwelcher Gelenkerkrankungen zu Unfällen hält Thiem es für angebracht, jeden Fall von zeitlicher Aufeinanderfolge einer Verletzung und einer Gelenkkrankheit bekannt zu geben und theilt nach diesem Prinzip folgende Krankengeschichte mit: Ein 24jähriger Fabrikant ist zweimal, vor 4 Jahren und vor 6 Monaten an Tripper erkrankt. Das zweite Mal ist die Krankheit chronisch geworden. Vor etwa 3 Monaten verspürte der Betreffende beim Behauen eines Holzes eine sehr schmerzhafte Erschütterung im rechten Handgelenk, als deren Ursache sich ein Ast in dem sonst weichen Holz herausstellte. Er musste sofort aufhören zu arbeiten, in der Nacht darauf schwoll das Gelenk stark an. Vier Wochen später folgte eine Schwellung des rechten, dann des linken Ellenbogengelenks, dann kam die linke Schulter, dann das linke und endlich das rechte Sprunggelenk an die Reihe. Die Glaubhaftigkeit der Angaben wird dadurch erhöht, dass der Kranke keiner privaten oder öffentlichen Versicherung angehört.

Gonorrhoische Gelenkerkrankungen und Trauma.

Von San.-Rath Dr. Bär-Hirschberg i. Schl.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde, 1900, No. 11.)

Im Gegensatz zu dem Thiem'schen Falle handelt es sich bei dem von B. beschriebenen um einen berufsgenossenschaftlichen Fall, bei dem die Verhältnisse nicht ganz so klar liegen.

Der Kranke, ein 21jähriger Abeiter, ist vor Mitte Januar wegen frischen Trippers behandelt worden. Am 18. Januar ist er nach seiner Angabe — Augenzeugen waren nicht zugegen — mit einem schweren Korbe auf der Treppe ausgeglitten und auf das rechte Knie gestürzt. Er hat noch einige Stunden weiter gearbeitet, dann aber, als die Schmerzen unerträglich wurden, dem Werkmeister von seinem Unfall Mittheilung gemacht und die Arbeit ausgesetzt. Im Krankenhause, wohin er alsbald gebracht wurde, fand sich eine starke Schwellung des rechten Kniegelenks, dabei aber keine Verfärbung der Haut, keine Knochen- oder Bänderverletzung. Erst am nächsten Tage trat Fieber ein. Nach Punktion und Ausspülung des Gelenks blieb dasselbe geschwollen, die Beugung blieb auf 25° beschränkt, dabei bestand abnorme seitliche Beweglichkeit. Der Verletzte war im März noch völlig erwerbsunfähig.

Verf., zur Abgabe eines Gutachtens aufgefordert, erachtete die Angabe des Verletzten über einen angeblich erlittenen Sturz für glaubhaft, da man bei einem jungen unerfahrenen Laien nicht annehmen könne, dass er in richtiger Kenntniss der Möglichkeit eines Zusammenhanges von Tripper und Gelenkentzündung den Unfall blos vorgespiegelt habe, um die Aerzte irre zu führen. Auch die Steigerung der Beschwerden im Laufe einer Reihe von Stunden sei glaubhaft. Verf. nimmt nun weder an, dass die starke Schwellung des Kniegelenks, die im Krankenhause gefunden wurde, allein Folge des Unfalls — Bluterguss —, noch dass sie ein vom Unfall unabhängiger, reiner Tripperrheumatismus gewesen sei, sondern er glaubt unbedenklich zugeben zu dürfen, dass die Quetschung und die Tripperinfektion gemeinsam Anlass zur Entstehung der Krankheit gegeben haben.

Die Berufsgenossenschaft hatte gegen diese Auffassung nichts einzuwenden, die Entschädigungspflicht wurde anerkannt, doch gestaltete sich durch medico-mechanische Behandlung der Krankheitsverlauf so günstig, dass der Verletzte z. Z. nur noch eine 20%ige Rente erhält und voraussichtlich voll erwerbsfähig werden wird.

Zur Frage der Fürsorge für die Tuberkulösen im vorgeschrittenen Studium.

Von Dr. W. Croner.

(D. Med. Wochenschr. 1900. 42.)

Verf. plaidirt für die Einrichtung von Specialabtheilungen für Phthisiker in den grossen Krankenhäusern und hält somit die Mitte zwischen den extremen Gegnern, welche für die Unterbringung der für die Heilstättenbehandlung ungeeigneter Tuberkulösen eigene Krankenhäuser errichtet wissen wollen und denen, welche grundsätzlich gegen jede Isolirung der Phthisiker sind. Englische Vorbilder auch in Bezug auf Einzelheiten geben seinen Ausführungen die praktisch erprobte Grundlage.

Marcinowski. Dresden-Trachau.

Vergiftungen.

Chloraethyltod.

Von Dr. Joh. Seitz-Zürich.

(Corr.-Bl. f. schweiz. Aerzte. 1901. No. 4.)

Den im vorigen Jahrgang unserer Zeitschrift referirten Fällen Lotheissens fügt Verf. einen selbstbeobachteten hinzu Eine 55jährige Dame, die von Jugend auf eine Rückgratverkrümmung mit mässigen Herzbeschwerden hatte und in den letzten Jahren einen Rippenbruch und einen Schlaganfall mit halbseitiger Lähmung überstanden hatte, wollte sich ein paar Zähne ausziehen lassen. Auf ihr dringendes Bitten wandte der Zahnarzt örtlich den Chloraethylstrahl an, indem er die innern Theile der Mundhöhle durch eine Serviette zu schützen suchte. Es wurden im Laufe von ca. 20 Sekunden höchstens 2 gr Chloraethyl verbraucht. Alles schien gut zu gehen. Erst nach dem Ausziehen der Zähne beim Mundspülen trat plötzliche Herzschwäche und Bewusstlosigkeit auf. Etwa 18 Stunden nach dem Eingriff verschied die Patientin.

Verf. hebt das blitzartige Eintreten der tötlichen Schwäche ohne jede Warnung hervor. Selbstverständlich ist der Tod nicht als Folge der örtlichen Einwirkung, sondern als Folge der Einathmung des Giftes aufzufassen. Wichtig ist, dass die vorher blasse Gesichtsfarbe während des langen Todeskampfes in eine frisch-rothe überging. Verf. erinnert daran, dass ja Lotheissen ausdrücklich auf die hellrothe Farbe des Leichenblutes in seinem Falle aufmerksam gemacht hat.

Zur Kenntniss der Stramoniumvergiftung.

Von Dr. Ernst Friedländer, Assist.-A. am Städt. Krankenhause am Friedrichshain.

(Berl. klin. W., 1900, No. 9.)

Die Stechapfelvergiftung ist im Allgemeinen selten, seltner noch ist die Art, in der sie im vorliegenden Falle zu Stande gekommen ist. Während nämlich sonst meist Samen des Stechapfels oder frische Pflanzen die Vergiftung herbeiführten, ist hier die Erkrankungsursache ein irrthümlich aus „Asthmakräutern" d. h. trocknen Stechapfelblättern, die zum Räuchern bestimmt waren, bereiteter Aufguss.

Der Kranke, ein 41jähriger Mann, bereitete sich den vermeintlich nothwendigen Thee aus 50 cbcm Stramonium-Blättern mit $^3/_4$ Liter Wasser und trank davon den fünften Theil. Nach wenigen Minuten empfand er heftiges Brennen im Halse und ein Gefühl, als würde ihm die Kehle zugeschnürt, dann verlor er die Besinnung. Diese kehrte in der folgenden Stunde fast völlig wieder. Doch war der Zustand, als der

Mann ins Krankenhaus gebracht wurde, immer noch bedrohlich. Die Pupillen waren aufs äusserste erweitert und starr, das Gesicht roth mit leicht bläulichem Schimmer; die Athmung war stark beschleunigt, oberflächlich und pfeifend, der Puls dagegen ganz gut. Schon am selben Nachmittag, nachdem der Kranke mehrere Stunden geschlafen hatte, fühlte er sich bis auf Brennen im Halse und Sehstörung besser, am nächsten Tage begannen die Pupillen wieder zu reagiren, am vierten wurde der Vergiftete geheilt entlassen.

Magendarmstörungen, die sonst die Stechapfelvergiftung zu begleiten pflegen, fehlten. Das Bild war das einer Atropinvergiftung.

Tödtliche Paraldehydvergiftung.

Von Lovell Drage.
(The Lancet, 22. Sept. 1900.)

Eine 46 Jahre alte Frau, welche an Emphysem, chronischer Bronchitis und Herzbeschwerden litt, hatte sich daran gewöhnt, verschiedene Arzneimittel zu sich zu nehmen, im besonderen pflegte sie Paraldehyd zu gebrauchen. Ihre krankhafte Begierde zu diesem Mittel war so gross, dass sie einmal im Verlauf von 33 Stunden 13 Drachmen, also mehr als 50 g Paraldehyd getrunken hatte. Sehr bald zeigten sich Erscheinungen schwerer Vergiftung, Bewusstlosigkeit, grosse Herzschwäche, profuser Schweiss und nach wenigen Stunden trat trotz subkutaner Strychnininjektion der Tod ein.

Franz Meyer-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Verhalten und Verfahren des Arztes bei Geisteskranken auf Grund der bestehenden Gesetze.

Von DDr. F. und H. Daxenberger-Regensburg.
(Sep.-Abdr.)

Wohl in keiner Frage von so grosser praktischer Bedeutung herrscht eine derartige Unklarheit, wie in der Frage, wie sich der Arzt rechtlich gegenüber Irren und deren Angehörigen zu verhalten hat. Es ist deshalb ein dankenswerthes Unternehmen, dass Verff. die Bestimmungen, welche für den Arzt bezüglich der Verbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten und bezüglich des Entmündigungsverfahrens in Betracht kommen, in der vorliegenden Arbeit übersichtlich zusammengestellt und in klarer, leicht verständlicher Form erläutert haben. Die etwas verwickelten Verhältnisse erheischen oft in der Praxis eine rasche Lösung; an Hand der hier gegebenen Winke wird der Praktiker leicht den richtigen Weg finden. Im Einzelnen werden folgende Fragen beantwortet: 1. Welche Kranken müssen in eine Irrenanstalt verbracht werden? 2. Welche Kranken können in eine Irrenanstalt verbracht werden? 3. Wem obliegt die Fürsorge für den Geisteskranken? 4. In welche Anstalt soll der Kranke verbracht werden? 5. Welche Bedingungen müssen behufs Aufnahme erfüllt werden? 6. Verfahren in Entmündigungssachen. In Bezug auf den letzten Punkt rathen Verff., dass sich der Arzt im Allgemeinen von jeder Einmischung in die intimeren Familienverhältnisse und Geschäftsangelegenheiten fernhalten soll; gegebenen Falles jedoch verständige er, um sich gegen spätere Vorwürfe seitens der Angehörigen oder eventuelle Haftpflicht zu sichern, die Angehörigen der Kranken oder, wenn solche nicht vorhanden sind oder deren Aufenthalt unbekannt, den Staatsanwalt von dem Bestehen einer die Entmündigung rechtfertigenden Geisteskrankheit mit Angabe der Gründe. Lieber thue der Arzt einmal zu viel, wie zu wenig.

—y.

Charakterveränderungen als Symptome und Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Stirnhirns.

Von Dr. Walter Wendel, Priv.-Doc. in Marburg.
(Mitth. a. d. Grenzgeb., Bd. VII, H. 4/5.)

Den Veröffentlichungen von Oppenheim, Jastrowitz, Welt, Bruns und anderen verdanken wir die Kenntniss ganz bestimmter Charakterveränderungen, die sich unter noch unbekannten Voraussetzungen im Anschluss an Verletzungen und Erkrankungen des rechten Stirnhirns ausbilden können. Die Kranken waren in hervorstechender Weise einerseits reizbar und gewaltthätig, andererseits zu mehr oder weniger boshaftem Witzeln und Necken geneigt. Bisher waren stets nur Fälle veröffentlicht, in denen die Charakterveränderung nach der Verletzung dauernd anhielt. Verf. verfügt nun über zwei Fälle, in denen diese Umwandlung des Wesens wieder verging, nachdem der krankhafte Vorgang im Stirnhirn seinen Ausgang in Genesung genommen hatte.

In dem ersten Falle handelt es sich um ein 12jähriges Mädchen, das unter die Pferde eines Schlittens gerathen war und bewusstlos, mit zertrümmertem rechten Augenhöhlendache und mit Blutausfluss aus Nase und linkem Ohr eingeliefert wurde. Die Knochenstücke, welche eingedrückt waren, wurden entfernt, am fünften Tage musste, da die in der Wunde sichtbare harte Stirnhaut stark vorgewölbt war, ein Einschnitt in sie gemacht werden, der zersetztes Blut und Hirntrümmer zu Tage förderte. Etwa am 10. Tage kam die Verletzte zum Bewusstsein. Aber während sie vor dem Unfall bescheiden und artig gewesen war, zeigte sie sich jetzt eigensinnig bis zu tobsüchtiger Wuth, unartig, eigennützig. Nach etwa dreimonatlichem Krankenlager wurde sie geheilt entlassen, nach einem Jahre stellte sie sich wieder vor – ein liebenswürdiges bescheidenes, übrigens auch in der Schule gut mitkommendes Kind.

Während hier die angeblich so besonders bezeichnende Witzelsucht vom Verf. selbst nicht erwähnt wird, trat dieselbe deutlich bei der zweiten in Frage kommenden Kranken hervor. Es lag wieder eine Verletzung, ein Sturz von einem Wagen vor, und zwar bei einer 24jährigen. Zunächst war das Bild das einer Blutung aus der mittleren Hirnhautschlagader: Bluterguss über der rechten Schläfe, Bewusstlosigkeit, Erweiterung der rechten, Verengerung der linken Pupille, langsamer Puls, Erbrechen. Bei der vorgenommenen Trepanation fand sich der vordere Ast des Gefässes zerrissen, das rechte Stirnhirn durch einen Blutklumpen zusammengedrückt. Nach 3 Tagen war das Bewusstsein frei, die Verletzte zeigte jedoch ein trotziges, ungebärdiges, gewaltthätiges Wesen. Nur durch äusserste Zwangsmittel wurde sie gehindert, sich immer wieder den Verband abzureissen, einige Schwestern suchte sie in gehässigster Weise zu quälen. Dabei war ein Zug von geschlechtlicher Erregung in ihrem Wesen unverkennbar. Ferner beobachtete sie die Eigenheiten aller Personen ihrer Umgebung, äffte sie nach, bespöttelte ihr Aeusseres. Vom zehnten Tage ab änderte sie sich allmählich: sie wurde, was sie vor der Verletzung gewesen sein soll, freundlich, dankbar, anhänglich und bescheiden. Nach 5 Wochen im Ganzen wurde sie geheilt entlassen.

Die beiden Fälle gewinnen ihre Bedeutung im Zusammenhang mit den früheren Beobachtungen, die sie mit der Sicherheit des Experiments bestätigen.

Sicher sind solche Beobachtungen geeignet, auch als Bausteine für Theorien über die Leistung des Stirnhirns zu dienen, für die bisher eine allseitig befriedigende Deutung nicht gefunden ist.

Zur Kenntniss der Gewohnheitslähmungen.

Von Dr. H. Ehret, Privatdozent in Strassburg.
(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1901. Nr. 2.)

Das Krankheitsbild der Gewohnheitslähmung, von Ehret 1896 zuerst aufgestellt, hat Anerkennung in der Litteratur über Unfallheilkunde gefunden. Immerhin ist die Zahl der beschriebenen Fälle bisher gering. Der neue Beitrag, den Verf. in der vorliegenden Arbeit bringt, ist um so wichtiger, als er zeigt, dass sich auch auf nicht traumatischer Grundlage Gewohnheitslähmungen ausbilden können.

Ein sehr rasch wachsender junger Mann im 16. Jahre erkrankte an Plattfussbeschwerden, allerdings ohne dass eine deutliche Plattfussbildung vorhanden war. Er bemerkte, dass er beim Stehen bedeutende Linderung empfand, wenn er den äusseren Fussrand senkte. Monatelang gewöhnte er sich daran, bei bestehenden Schmerzen den innern Theil des Fussgewölbes durch Verlegung der Körperlast auf den äussern Rand, wenn er Schmerzen hatte, zu entlasten, waren dann die Schmerzen vorbei, so trat er wieder in gewöhnlicher Weise auf. Nachdem das aber eine Reihe von Monaten so gegangen war, wurde die Gangart allmählich dauernd, auch in den schmerzfreien Zeiten, abnorm. Der Abdruck der Fusssohle ergab beständig nur eine schmale, bei Belastung sich verbreiternde Berührungsfläche, die dem äussern Fussrande entsprach, vom Grosszehenballen war wenig oder nichts zu sehen. Gegenwärtig kann der jetzt 19jährige junge Mann, dessen Plattfussbeschwerden seit 2 Jahren gänzlich aufgehört haben, überhaupt nicht mehr aktiv den äussern Fussrand heben. Derselbe hängt schlaff herab und ist passiv leicht hochzubringen. Irgend welche Störungen des Gefühls fehlen, es handelt sich auch nicht etwa um einen nervenschwachen oder hysterischen, sondern um einen nüchternen, willensstarken, in keiner Weise belasteten Menschen.

Während es sich hier um eine schlaffe Lähmung handelt, beschreibt Verf. kurz noch einen zweiten Fall, bei dem mit der Unfähigkeit zu einer bestimmten Bewegung Reizzustände der betreffenden Muskeln verbunden waren. Diese von Thiem als „Gewohnheitskontraktur" bezeichneten Störungen, schlägt er vor, künftig als „spastische Gewohnheitslähmungen" zu bezeichnen.

Bezüglich der Behandlung ist Verf. zu der Ueberzeugung gekommen, dass sie ganz aussichtslos ist. Von den Fällen, die er seit Jahren beobachtet, hat sich keiner gebessert. Am wenigsten stört noch die schlaffe Lähmung, die passiv leicht zu korrigiren ist, während die spastische das Gehen ganz unmöglich machen kann.

Naturgemäss drängt sich die Frage auf, ob man es be diesen Gewohnheitslähmungen nicht etwa mit einer Erscheinungsform der Hysterie zu thun hat. Die Frage ist nach Ansicht des Verf. — wenn man nicht alles, was man bisher anatomisch nicht erklären kann, als Hysterie bezeichnen will — zu verneinen. Ausser dem oben beschriebenen jungen Manne hat Verf. auch bei der Mehrzahl seiner übrigen Fälle alle übrigen Zeichen der Hysterie vermisst. Besonders bemerkenswerth ist es in dieser Hinsicht, dass zwei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren, die er seit Jahren beobachtet, in dieser ganzen Zeit niemals irgend ein anderes Symptom von Hysterie, dagegen immer gleichmässig die Lähmung der einen kleinen Muskelgruppe dargeboten haben.

Gynäkologie.

Ein Fall von vollständigem Fehlen des weiblichen Genitalapparats.

Von Dr. Joffe.
Vortrag gehalten in der Gesellschaft der Aerzte zu Melitopol.
(Jeschenedelnik 1900, No. 46.)

Die 20jährige Patientin konsultirte den Verf. wegen des Ausbleibens der Menses. Die Patientin, die 20 Jahre alt und 3 Jahre verheirathet ist, machte den Eindruck eines jungen, eben sich zu entwickeln beginnenden Mädchens. Die Periode war niemals aufgetreten; Schmerzen im Abdomen hatte sie niemals verspürt; vikariirende Blutungen fehlen. Beim Coitus empfindet die Patientin Schmerzen, die in den ersten Monaten nach der Verheirathung besonders schlimm waren. Libido fehlt vollständig. Alle sonstigen Funktionen des Körpers sind vollkommen normal. Die Brustdrüsen entsprechen denen eines 13 bis 14jährigen Mädchens. Die äusseren Genitalien sind spärlich mit Haaren bedeckt, die grossen Labien sind gut entwickelt, klaffen nicht. Dagegen fehlen die kleinen Labien vollständig, desgleichen die Klitoris. Die Harnröhrenöffnung ist normal und nicht erweitert. Einige Fingerbreiten unterhalb der Urethralöffnung ist das zerrissene Hymen in Form einiger Fetzen zu sehen. Beim Versuch einer inneren Untersuchung vermag der Finger nur $3^1/_2$ cm tief einzudringen; hier stösst er auf eine kompakte glatte Wand. Die Spiegeluntersuchung bestätigte diesen Befund, sowie auch das vollständige Fehlen irgend einer Oeffnung in der Wand. Bei der bimanuellen Untersuchung konnte nichts gefühlt werden, was an den Uterus bezw. dessen Adnexa erinnern könnte. Man fühlte nur zwei dünne Stränge, die sich an der Stelle verloren, wo die Scheide sein müsste. Auf Grund aller geschilderten Umstände stellte Verf. die Diagnose auf vollständiges Fehlen des Genitalapparats, indem er annahm, dass die vorhandene Andeutung einer Scheide nichts anderes ist als ein Sack, der sich in Folge der häufigen Coitusversuche gebildet hat. Auf diese künstliche Vertiefung der hinteren Wand der Vulva sind die beim Coitus auftretenden Schmerzen zurückzuführen. Die per rectum durchgefühlten Stränge deutet Verf. als die Ureteren.

Dieser Fall, der event. auch in gerichtlich-medizinischer Beziehung Interesse erlangen könnte, scheint in der Literatur kein Analogon zu haben. Lb.

Zur Fruchtabtreibung durch Gifte.

Von Dr. Schwarzwälder, Frauenarzt in Stettin.
(Berl. klin. Wochenschr., 1901, No. 7.)

Die Art des verbrecherischen Aborts, die Verf. beschreibt, ist verhältnissmässig sehr wenig allgemein bekannt, obgleich er sie allein seit 1895 unter 300 Fehlgeburten 18 mal feststellen konnte. Es handelt sich um den Gebrauch von Bleipräparaten. Der Allgemeinzustand wird gekennzeichnet durch Einziehung und Druckempfindlichkeit des Leibes nebst Klagen über ausserordentlich heftige Leibschmerzen bei ruhigem, eher etwas verlangsamtem Pulse, blasser Gesichtsfarbe und normaler Temperatur. Die richtige Deutung wird durch den Bleisaum am Zahnfleich ohne Weiteres gestattet.

Das eingenommene Gift scheint meist Bleiweiss oder Bleiglätte (Bleioxyd) zu sein, zu Gesicht hat Verf., trotzdem alle Frauen bis auf eine ihm die Ursache der Fehlgeburt zugestanden, es nicht bekommen. Die Gabe schwankte zwischen einer Messerspitze und einem Theelöffel. In einem Falle konnte nach fünf Wochen noch Blei im Harn nachgewiesen werden. Verf. vermuthet stark, dass die von Zinn mitgetheilte akute Bleivergiftung (cf. Referat Jahrg. 1900, S. 119 dieser Zeitschr.) auch nicht durch ein blosses Versehen, sondern zu Abortzwecken eingenommen worden ist.

Ueber die Gefährlichkeit des Mittels kann kein Zweifel bestehen, sicher ist es auch nicht einmal — zwei Frauen entbanden trotz früheren Bleigebrauchs rechtzeitig — aber vermuthlich wird bei der leichten Erlangbarkeit der im Handel verbreiteten Bleiverbindungen der Missbrauch nicht blos in Stettin verbreitet sein. Professor Lewin hat dem Verf. mit-

getheilt, dass er in Berlin in letzter Zeit mehrmals Abort durch Bleipflaster beobachtet hat.

Hygiene.

Experimentaluntersuchungen über die Moskito-Theorie der Malaria.

Von Patrick Manson.
(The Lancet 29 Sept.)

Die Beobachtungen von Ross und Grassy, Bignami, die Arbeiten von Koch und von anderen Forschern werden durch folgende Experimente schlagend bestätigt. Manson liess sich aus einer Gegend von Italien, wo Malaria besonders heftig auftritt, Moskitos kommen, welche mit nicht bösartiger Tertiana infizirt waren. Die Versuche stellte er an sich selbst in London an. Er war vor dem Versuch vollkommen gesund und hatte niemals früher an Malaria gelitten. Er liess sich zum Zwecke des Experiments von verschiedenen Thieren und zu verschiedenen Zeiten, in die Hand stechen. An der Stelle der Stiche zeigte sich bald starke entzündliche Reaktion, und 14 Tage nach dem ersten Stich traten zum ersten Male typische Malariaanfälle von dem Charakter der Tertiana auf. Die Diagnose konnte durch den charakteristischen Blutbefund mehrere Mal bestätigt werden. Nach entsprechenden Chinindosen gingen die krankhaften Erscheinungen wieder zurück.

Eine weitere Bestätigung geben die Angaben von Dr. L. Sambon. Dieser Forscher hat gemeinsam mit Dr. Low eine Stelle der römischen Campagna aufgesucht, welche von schwerer Malaria durchseucht ist. Sie bewohnten eine Holzhütte, welche eigens zu diesem Zwecke in England gebaut worden ist. Der einzige Schutz gegen Moskitobisse, welchen diese Forscher und ihre Diener gebrauchten, waren Moskitonetze an Thüren, Fenstern und Betten. Ausserdem machten sie sich es zur Regel von Sonnenuntergang bis Sonnenaufgang in ihrer Behausung zu bleiben. Auf diese Weise blieben sie von den Beulen der Moskitos und der Malaria vollkommen befreit und dies zu einer Zeit wo ihre Nachbarn und die übrigen Einwohner an Malaria erkrankt darnieder lagen. Sambon und seine Begleiter hatten selbstverständlich weder Chinin noch ein anderes Medikament zu sich genommen.

Franz Meyer — Berlin.

Die Prophylaxis der Malaria und die Vernichtung der Mosquitos auf der Insel Asinara.

Von Prof. Claudio Fermi und Dr. Tonsini.
Aus dem hygienischen Institut der Universität Sassari.
(Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. XXXIV, H. III.)

Die Insel Asinara liegt nördlich von Sardinien und wird nur von Sträflingen und dem zu deren Beaufsichtigung nöthigen Personal bewohnt. Das Wasser, zur Hälfte fliessend, ist so vertheilt, dass $^4/_5$ der gesammten Wassermenge auf der Südseite sich vorfindet, nur $^1/_5$ fällt auf die Nordseite. Von den 11 von Malaria befallenen Ortschaften liegen 6, in denen die Krankheit heftiger auftritt, im Süden; die übrigen im Norden liegenden Orte haben leichtere Malaria. Mehrere Wasseransammlungen fanden Verff. stark mit Stechmücken- und Mosquitolarven verunreinigt. Die Abtödtung dieser Larven geschah durch Petrolisiren, das während eines halben Jahres zweimal monatlich vorgenommen wurde. Die in die Häuser eingedrungenen Insekten wurden mit Hilfe eines Insektenpulvers, in den Schlafsälen der Sträflinge durch Chlor vernichtet und ein Wiedereindringen neuer Thierchen von aussen durch geeignete Vorhänge verhindert.

Der Erfolg dieser Massnahmen war ein durchaus befriedigender. Während im vorigen Jahre auf der Insel Malariafälle, darunter 40 auf der Insel selbst entstandene beobachtet wurden, kamen innerhalb eines Jahres nach den Versuchen der Verff. nur 9 Erkrankungsfälle vor, von denen 6 Rückfälle, 3 von andern Inseln eingeschleppt waren.

Schlockow.

Zweiter Bericht über Malaria und Mosquitos an der afrikanischen Westküste.

Von Dr. Hans Ziemann, Marine-Stabsarzt.
(D. Med. Wochenschr. 1900. No. 47 u. 48.)

Verf. hatte in seiner Eigenschaft als Regierungsarzt in Kamerun Gelegenheit, die Malaria nicht nur in diesem Hauptorte der Kolonie, sondern auch in Victoria und in Togo zu studiren. Alle drei Orte stellen verschiedene topographische Typen dar. Kamerun liegt in einer sumpfigen, von vielen brackigen Einbuchtungen durchzogenen Gegend, Victoria, am Fusse des 4000 m hohen Kamerungebirges, repräsentirt den Typus einer gebirgigen Uferlandschaft mit reissenden Bächen und nur wenigen, mit Grundwasser gefüllten Sümpfen. Togo schliesslich liegt auf einer sandigen, schmalen Landzunge zwischen dem Meere und einer langgezogenen Lagune, deren Wasser durch die in sie einmündenden Flüsse stets in Bewegung gehalten wird. Die Feuchtigkeit aller drei Orte ist hoch, Temperaturschwankungen nur geringe, die Regenmenge schwankt, mit Ausnahme des Ortes Debundja mit 10000 mm, zwischen ca. 3000 und 3800 mm.

An allen drei Orten fand Verf., dass die meisten, durch Chinin nicht beeinflussten Erstlingserkrankungen den Charakter der Tertiana hatten, fand aber auch im Gegensatz zu R. Koch Fälle, wo die Fiebersteigerung 48, ja selbst 72 Stunden anhielt. Im Blute solcher Kranken fanden sich oft gleichzeitig alle möglichen Formen des Tropenparasiten. Die Rückfälle verlaufen ebenfalls meist nach dem Typus der Tertiana, dagegen fand Verf. das Nachfieber, das, nach Koch, in Ostafrika durch die Resorption der getöteten Parasiten hervorgerufen werden soll, in Westafrika sehr selten und dann auch meist durch eine, wenn auch nur sehr geringe Menge Parasiten bedingt. Uebrigens fand Verf., dass die kleinen Parasiten Südeuropas und der Tropen öfter verschiedene Virulenz zeigen.

Während R. Koch die estivo-autumnalen Formen Italiens und die Tropenformen Ostafrikas als identisch auffasst, weist Verf. darauf hin, dass die ersteren im Reifezustand $^1/_2$ bis $^2/_3$ der rothen Blutzellen ausfüllen, die Kameruner Tropicaparasiten dagegen nur $^1/_5$ bis $^1/_4$, ein Unterschied, der allerdings nicht eine Scheidung beider in zwei Arten nothwendig erscheinen lässt. Dagegen hält Verf. gegenüber Plehn und Laveran an der Artverschiedenheit des Tropica- und des Tertianparasiten fest, von denen in den untersuchten Gegenden, im Gegensatze zu Ostafrika fast ausschliesslich der erstere auftritt, der letztere fast nur bei Weissen.

Was die Verbreitung der Malaria unter den Rassen betrifft, so sind am meisten der Ansteckung die Weissen ausgesetzt; die Neger, die bis zum 5. Lebensjahre besonders empfänglich sind, erlangen mit zunehmendem Alter eine gewisse Festigkeit, indem diese Empfänglichkeit abnimmt, ohne aber gänzlich zu verschwinden. Eine völlige Immunität war auch bei älteren Negern gegenüber Einspritzungen von parasitenhaltigem Malariablute nicht vorhanden.

Für Heilung und Prophylaxe bleibt das wichtigste Mittel bis jetzt das Chinin. Mithylenblau, das ebenfalls empfohlen wurde, ist für die Tropenhygiene ungeeignet, da es nicht lange genommen resp. vertragen werden kann. Verf. empfiehlt, Chinin bei Erstlingsfieber, entgegen der jetzigen Praxis, selbst bei hohen Temperaturen zu geben. Die Chininprophylaxe bei

nicht schematisch, sondern individualisirend, z. B. soll man in Gegenden, in denen häufig Schwarzwasserfieber vorkommt, die Chinindosis verringern. Im Allgemeinen sollten alle Bewohner, soweit sich dies durchführen lässt, alle vier Tage 0,5 gr Chinin morgens nüchtern nehmen.

Natürlich muss mit dieser medizinischen Prophylaxe eine allgemeine Hand in Hand gehen, noch viel mehr als bis jetzt müssten auch die Privatleute in Wohnung, Kleidung und Ernährung sich vom tropenhygienisch gebildeten Arzte berathen lassen und ihrem Rathe auch schon bei der Anlage der Häuser folgen. Diese sollten nie näher als 1200 m an Ansiedlungen der Eingeborenen liegen und womöglich auch nicht in der Nähe stehender Gewässer; Wasserbehälter müssen mit gut schliessenden Deckeln versehen sein. Das Hauptaugenmerk muss aber auf die Vertilgunp der die Krankheit übertragenden Stechmückenarten gerichtet sein. Als Mittel dafür giebt Verf. an: Einleiten von Wind in die stagnirenden Gewässer, Herstellung eines Gefälles oder wo das nicht möglich ist, Begiessen der Tümpel mit Petroleum u. A. Theoretisch sehr einfache Mitteln, wie eine zwangsweise Chininprophylaxe der ganzen Bevölkerung, lassen sich nicht verwirklichen, aber dringend zu fordern wäre, dass alle nach Westafrika kommenden Weissen kontraktlich verpflichtet würden, regelmässig Chinin zu nehmen.

Eine Immunisirung mittels Serum hält Verfasser für unmöglich, da der Mensch wahrscheinlich der einzige Zwischenwirth des Malariaparasiten ist, ebenso wie die Stechmückenarten die einzigen Wirthe sind. Schlockow.

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Malaria-Expedition.

Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. R. Koch-Berlin.
(Deutsche mediz. Wochenschr., 1900. No. 49/50.)

Dass die Malaria eine ganze Gruppe von Krankheiten umfasst, ist von jeher bekannt. Früher theilte man sie nach klinischen Formen (Quartana, Tertiana u. s. w.), heute theilt man sie nach der Art der Parasiten, durch die sie verursacht wird, ein. Deren giebt es nach italienischen Berichten allein in Europa 6 Arten, und Verf. erwartete, in den Tropen eine verwirrende Fülle von Arten zu finden, war aber angenehm überrascht, wo immer er nachforschte, in Ost- und Westafrika, Mittelamerika, in der Südsee und in Italien bei aufmerksamer Beobachtung nur drei Arten zu finden. Ausser den gewöhnlichen Quartana- und Tertiana-Coccidien erkennt er nur noch einen ringförmigen Parasiten mit dreitägigem Fiebertypus als wirklich unterscheidbar an, der nur unter Umständen halbmondsförmige Gestalt gewinnt.

Gelegenheit, die Malaria da zu beobachten, wo sie ganz ungestört in ihrer Entwicklung ist, hatte Verf. in Neu-Guinea, wo es keinen Verkehr nach aussen giebt, wo selbst die jeweiligen Nachbardörfer einander feindlich gegenüber stehen. Hier ergab sich nun die Thatsache, dass die Malaria in solchen der Einschleppung nicht ausgesetzten Orten auf die Kinder beschränkt ist. Fand sich ja einmal ein erwachsener Kranker, so war er von anderswoher, aus malariafreier Gegend zugezogen. Mit andern Worten: Die Leute in Neu-Guinea erwerben in der Kindheit eine echte natürliche Immunität gegen diejenige Malariaform, die in ihrem Dorf herrscht. Bezüglich der Kinder-Malaria sind noch sehr wichtig die an möglichst vielen Kindern vorgenommenen Milzuntersuchungen. Sie ergaben nur ausnahmsweise eine Vergrösserung des Organs bei den jüngsten Kindern, meist aber eine solche bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren. (Die Milzschwellung folgt der Ansteckung erst nach 2—3 Jahren.) Später geht die Schwellung wieder zurück. Aus mageren Kindern mit welker Haut und dickem Leibe werden prachtvoll gesunde Jünglinge, mit 14—15 Jahren hat keiner mehr eine grosse Milz.

Nun die wichtigste Frage: Wie ist die Malaria auszurotten? Hier knüpft Koch an zwei Thatsachen an: Erstens dienen zur Verschleppung der Krankheit weniger die Fälle mit offenkundigen Krankheitserscheinungen, welche von selbst zu ärztlicher Beobachtung kommen als vielmehr die schleichenden, verborgenen, um die sich niemand kümmert. Zweitens ist die Malaria lediglich auf den Menschen überimpfbar, auf kein anderes Thier, nicht auf den menschenähnlichsten Affen. Die Malariaparasiten brauchen zu ihrer Entwickelung einen Wirth — das ist die Mückengattung Anopheles — und einen Zwischenwirth — das ist nur der Mensch.

Es ergiebt sich daraus, dass es gelingen muss, die Malaria auszurotten, wenn man die Parasiten vernichtet, so oft sie im Menschen hausen. Ein sicheres Mittel zu ihrer Vernichtung besitzen wir im Chinin, es erübrigt also nur noch, sie in ihren Schlupfwinkeln, d. h. vor allem in den larvirten Fällen aufzusuchen und dort zu tödten.

Die Richtigkeit dieser Erwägung ist an den Plantagenarbeitern in Stephansort erprobt worden. Man kann sie auch mittelbar aus dem ungeheuern Rückgang des Wechselfiebers in ärztlich gut versorgten Gegenden und besonders beim Militär schliessen. In der deutschen Armee z. B. sind seit 30 Jahren die Malariafälle von 13563 auf 230, von 54,5 auf 0,45 Prozent zurückgegangen. An hygienischen Massnahmen kann das nicht liegen, denn wenn man auch Sümpfe getrocknet, Flussläufe geregelt hat, sind doch Anophelesmücken genug übrig geblieben; wo und wie immer man versucht hat, die Mücken planmässig zu vertilgen, ist es missglückt.

Koch schlägt daher vor, zunächst, wo irgend Malariaverdacht besteht, die Berechtigung desselben durch Blutuntersuchung und den genaueren Charakter des Falles durch Temperaturmessungen festzustellen. Dann wird Chinin gegeben — wenn dies nicht angängig ist, giebt es nur einen, langsamer wirkenden Ersatz: Methylenblau. Nothwendig ist, dass man sich an die besten Präparate hält, da beim Chinin viel mit Verunreinigungen gewirthschaftet wird. Das Chinin muss in sauren Mageninhalt — am Besten also in keinen vollen Magen — kommen, sonst bleibt es nicht gelöst. Erwachsene erhalten nicht unter 1 Gramm, nach alter Regel 4 bis 6 Stunden vor dem Anfall, 2 Gramm ist das höchste, Kinder von 0,1 Gramm an.

Um Rückfälle zu vermeiden, empfiehlt Verfasser als Ergebniss seiner Ausprobung, noch an jedem 10. und 11. Tage nach dem dauernden Verschwinden des Fiebers, je 1 gr Chinin zu verabfolgen. In hartnäckigsten Fällen verkürzt man die Pause auf 8 oder 7 Tage. Diese Nachbehandlung hat unbedingt 2 Monate zu dauern.

Bei Kranken, die schon mehrere Rückfälle durchgemacht haben, besteht Neigung zu Schwarzwasserfieber bei Chininverabfolgung. Dann beginnt man mit 0,1 gr und achtet bei weiterem Steigen genau auf bedrohliche Anzeichen (dunklen Harn, leichte Gelbsucht).

Die eigentliche Malaria-Verhütung bei Gesunden wird am Besten so wie die Verhütung der Rückfälle bewerkstelligt.

Es folgen einige für uns minder wichtige Bemerkungen über andere Tropenkrankheiten.

Den breiteren Spielraum, der im vorliegenden Referat der Wiedergabe therapeutischer Einzelheiten gelassen ist, glaubt Ref. durch die ausserordentliche praktisch-hygienische Wichtigkeit dieser Auseinandersetzungen gerechtfertigt.

Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malaria-Infektion.

Von Prof. Dr. E. Grawitz-Charlottenburg.

(Berliner klinische Wochenschrift Nr. 24, 1900.)

Die neueren Forschungen über die Aetiologie der Malaria-Erkrankungen haben dargethan, dass die Mosquitos bei der Verbreitung der Krankheit ohne Zweifel eine wichtige Rolle spielen. Allein von manchen Seiten werden aus den bisherigen Beobachtungen zu weitgehende Schlussfolgerungen gezogen. So nimmt Celli unter Ablehnung jedes anderen Ansteckungsmodus einzig und allein die Uebertragung des Malaria-Parasiten von Mensch auf Mensch durch die stechenden Insekten als Zwischenwirthe der Parasiten an. Gegen die Richtigkeit dieser Annahme sprechen aber die Erfahrungen, die man in anderen, als den südlichen Ländern gemacht hat, und zur endgiltigen Beantwortung der Frage nach der Entstehungs- und Verbreitungsart der Malaria sollte man auch die Verhältnisse in den gemässigten Zonen genau studiren. An einer brauchbaren allgemeinen Statistik über das Vorkommen der Malaria in Norddeutschland fehlt es leider, jedoch geben die Sanitätsberichte für die preussische Armee wenigstens für eine bestimmte Bevölkerungsklasse zuverlässige Aufschlüsse. Ueberblickt man in den Sanitätsberichten eine Reihe von solchen Jahren, die zahlreiche Malariaerkrankungen gezeitigt haben, wie dies z. B. in den achtziger Jahren der Fall war, so erscheinen besonders zwei Armeekorps stark betroffen, nämlich das I. und das V., also gerade die in den beiden östlichsten Provinzen der Monarchie garnisonirenden Korps. Es zeigt sich bei diesen beiden Korps, dass in den Jahren 1884—88 ein rapides Steigen der Malaria-Erkrankungen vom März zum April erfolgt, dass die Höhe der Erkrankungen im Juni eintritt, und zum August und September ein fast ebenso steiler Absturz der Zahlen bemerkbar ist, wie der Anstieg in den Frühlingsmonaten steil war. Diese Thatsache steht vollkommen in Widerspruch mit der Mosquito-Theorie, denn im Beginn des Frühjahres, wo eine ausgedehntere Infektion mit Malariakeimen stattfindet, kann in diesen Gegenden von Mückenstichen noch kaum die Rede sein. Andererseits sinkt die Kurve steil ab gerade in den heissen Monaten, wo die Insekten am intensivsten stechen und die Soldaten — die Manöver fallen in diese Zeit — am meisten den stechenden Insekten ausgesetzt sind. Abgesehen von diesen Thatsachen verdient auch der Umstand Beachtung, dass im Verlaufe der letzten Jahrzehnte die Zahl der Erkrankungsfälle an Malaria in der Armee überhaupt sehr zurückgegangen ist. Die Gründe für diese Erscheinung werden von massgebender Stelle in der Regulirung der Wasserläufe, in der Beschaffung besseren Trinkwassers und der Erbauung besserer Kasernen auf erhöhter Lage und Sandboden gesehen. Das könnte dafür sprechen, dass möglicher Weise ebenso wie der Mosquito in der Luft ein anderer Zwischenwirth des Malaria-Parasiten im Wasser existirt. Jedenfalls ist es noch verfrüht, von einer ausschliesslichen Giltigkeit der Malariainfektion durch Insektenstiche zu sprechen. Auch in unserem gemässigten Klima sollte man dem Auftreten der Malaria bei der Gesammtbevölkerung ein eingehendes Studium unter Berücksichtigung aller örtlichen und klimatischen Verhältnisse widmen, wenn man der Verbreitungsart dieser Krankheit auf den Grund kommen will.

—y.

Die Malariaparasiten.

Von Dr. G. Maurer-Deli (Sumatra.)

(Münchener medizinische Wochenschrift No. 9, 1901.)

Die werthvollen Mittheilungen Verf.'s über die Malariaparasiten sind das Ergebniss von Studien und Erfahrungen, die M. während eines vieljährigen Aufenthaltes in Deli-Sumatra speziell in dem grossen Hospitale der Deli-Maatschappij in Medan zu machen Gelegenheit hatte. Während Laveran, der Entdecker des Malaria-Erregers, die verschiedenen Parasiten, welche man im Blute und zwar als Bewohner der rothen Blutkörperchen findet, nur als Varietäten eines und desselben Parasiten ansah und auch heute noch an seiner Anschauung festhält, steht Verf., wie die grosse Mehrzahl der Forscher, auf dem Standpunkt, das man mehrere Arten zu unterscheiden hat, von denen eine jede besonders charakterisirt ist und den Ausschlag giebt für die Art der jeweils vorliegenden Malariaform. Der Typus des Fiebers an sich ist nicht kennzeichnend, da das Auftreten der Temperatursteigerung nur abhängig ist von dem Vorgange der Sporenbildung, die bei dem Vorhandensein mehrerer Generationen ein und derselben Parasitenart zu verschiedenen Zeiten vor sich geht. Man kann die Parasitenarten in zwei Hauptgruppen eintheilen: 1. in solche, die keine Halbmonde bilden und 2. solche, die Halbmonde bilden. Die erste Gruppe, welche man auch die der gutartigen Form nennen kann, ist vertreten durch zwei Arten, den Quartanaparasit, den Erreger der Febris intermittens quartana, und der Tertianaparasit, den Erreger der Febris intermittens tertiana. Auch in der zweiten Gruppe werden von vielen Forschern, die darin den Lehren der Italiener folgen, mehrere Unterarten als besondere Formen aufgestellt. Verf. hat sich jedoch von der Nothwendigkeit einer solchen Trennung nicht überzeugen können und erkennt nur einen Repräsentanten dieser Gruppe an, den er Perniciosaparasit nennt. Er ist der Erreger der Aestivoautumnalfieber der Italiener, der von Koch Malaria tropica genannten Form. Verf. giebt nun zunächst einen allgemeinen Ueberblick über den Entwickelungsgang, den die Parasiten im Blute durchlaufen und der sich bei allen drei Arten nach dem gleichen Schema abspielt. Alsdann schildert er jede Parasitenform einzeln und hebt die Verschiedenheiten in ihrer Entwickelung hervor. Nach einigen kurzen Bemerkungen über die wichtigsten klinischen Erscheinungen der Malaria folgt eine Besprechung der diagnostischen Blutuntersuchung und ihrer Technik. Den Schluss der interessanten Arbeit machen einige Bemerkungen therapeutischen Inhaltes.

—y.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Medizinische Gesellschaft in Göttingen.

Sitzung am 6. Dezember 1900.

Herr **Braun**: Vorstellung eines Kranken mit Stauungsblutungen.

Dieser Fall ist der dritte vom Vortr. beobachtete, bei dem Zusammenpressung des Rumpfes zu Stauungsblutungen Anlass gegeben hat. Eigenartig ist die Art des Unfalls: statt des sonst beschriebenen Gerathens zwischen Puffer oder einfachen Verschüttetwerdens war hier der Vorgang derart, dass bei einer Verschüttung durch Zuckerrüben der Körper vornüber gezwungen wurde, bis der Kopf zwischen den Beinen lag. Augenbindehäute und Gesicht waren tiefdunkel blauroth verfärbt, die Verfärbung setzte sich wie gewöhnlich am Halse entsprechend dem Hemdkragen scharf ab, doch fanden sich noch einzelne ebenso gefärbte Flecke in der Gegend über den Schlüsselbeinen und Schulterblättern und auf Brust und Bauch. Von einer gleichzeitigen Ohren- und Nasenblutung blieb es zweifelhaft, ob sie nicht durch Bruch des Schädelgrundes bedingt war. Eine zweite ausgedehnte Verfärbung fand sich am Rücken zwischen Schulterblatt und der Höhe des ersten Lendenwirbels, eine dritte an den Armen, wo sie mit stecknadelkopfgrossen Blutaustritten verbunden war.

Herr **Cramer:** Demonstration eines Unfallkranken, nebst Bemerkungen über die sympathische Reaktion.

Der vorgestellte Kranke zeichnet sich dadurch aus, dass er 1888 als typischer Fall von „traumatischer Neurose" Rente erhalten hat, während gegenwärtig seelisch keine Abweichung, körperlich lediglich eine ausgesprochene Lähmung mit Muskelschwund im vorderen grossen Sägemuskel und im Brusttheil des grossen Brustmuskels, eine ischias-ähnliche Schmerzhaftigkeit im rechten Bein und ein Druckschmerz an einer Stelle innerhalb des gelähmten Brustmuskels besteht. Bei Druck auf diese Stelle tritt Pulsbeschleunigung und Pupillenerweiterung ein.

Die Pupillenerweiterung bei schmerzhaften Reizen hat Verf. zum Gegenstand eingehender Prüfung gemacht und gefunden, dass diese Reaktion keineswegs zuverlässig ist. Von 75 Personen liessen zwar nur 7 die Pupillenerweiterung nach Stich mit einer Stecknadel in die linke Schulter vermissen und von den 7 waren 3 Paralytiker mit starren Pupillen und 2 stumpfe Epileptiker. Aber die Reaktion trat auch ohne Zufügung wirklichen Schmerzes ein, z. B. schon wenn C. nur sagte: jetzt stech ich, und zwar nicht blos bei ängstlichen, sondern auch bei ruhigen, wiederstandsfähigen Leuten; sie trat ferner auch beim Empfang einer Trauernachricht ein. Sie kann also auf dem Wege der Vorstellung mit einer gewissen Willkür hervorgerufen werden.

Zu erwähnen ist noch, dass, entgegen der Behauptung Hirschels, bei Entartung des Halssympathichs fehle die sympathische Pupillenreaktion, dieselbe auch in 2 Fällen von doppelseitiger vollständiger Ausschneidung des Nerven am Halse erzielt werden konnte.

(Deutsche mediz. Wochenschr. 1901, No. 2.)

Aerztlicher Bezirks-Verein Crailsheim.

Sitzung am 29. November 1900.

Herr **Bofinger:** Paranephritischer Abscess als Unfallfolge. Ein schwächlicher Mann, der erst seit wenigen Wochen als Müllersknecht beschäftigt war lud eine Anzahl Getreidesäcke zu $1^1/_2$ Centner auf einen Wagen, nachdem er sie mehrere Treppen hinabgeschleppt hatte. Er fühlte dabei Schmerzen in der linken Lendengegend, die aber nicht gerade ruckweise auftraten, und ein gewisses Unbehagen. Abends war plötzlich der Harn stark blutig gefärbt und blieb es mehrere Tage. Das Unwohlsein verschlimmerte sich, die Schmerzen in der Lendengegend wurden heftiger, schliesslich trat Fieber hinzu. Der Arzt fand den Unterleib aufgetrieben, in der linken Leistengegend druckempfindlich, die Bewegung am linken Hüftgelenk war aufgehoben, in dieser Gegend bestand eine mässige Schwellung. Bei der Operation fand sich entsprechend der gestellten Diagnose die linke Niere in einen Eiterherd eingebettet, der bis in die Leistenbeuge reichte. Die Niere selbst war anscheinend nicht verändert. Nach Entleerung des Eiters folgte rasch völlige Heilung.

Als Gutachter führte B. aus: Nach der Krankengeschichte sei es zweifellos, dass der Kranke bei der oben beschriebenen Arbeit eine Blutung aus der Niere oder dem linken Harnleiter erlitten habe, die sich zum Theil in die Harnwege, zum Theil aber in die Umgebung des verletzten Organs ergossen habe. Der letztgenannte Blutheerd sei später durch Infektion in Eiterung übergegangen. Es frage sich nur, ob man diese Blutung als Unfall im Sinne des Gesetzes auffassen dürfe. Seiner Ansicht nach müsse eine derartige Blutung ihrer Natur nach unbedingt die Folge einer plötzlich eingetretenen Körperschädigung sein, wenn sie sich auch dem Verletzten nicht plötzlich fühlbar gemacht habe. Ferner sei zu berücksichtigen, dass die Arbeit für den schwächlichen und erst kurze Zeit im Müllerberufe thätigen Mann entschieden eine übermässig schwere und somit besonders geeignet war, die Verletzung herbeizuführen.

Die Berufsgenossenschaft erkannte die Entschädigungspflicht an.

(Correspondenz-Blatt württembergischer Aerzte 1901, No. 7.)

Verein für innere Medizin in Berlin.

Sitzung am 3. Dez. 1900.

Herr **Karewsky:** Ein Fall von traumatischer Milznekrose.

Ein 12jähriges Kind wurde in einem Thorweg zwischen die Wand und einen schweren Wagen eingeklemmt. Nach langer Bewusstlosigkeit erwachte es mit Erbrechen, der Leib war aufgetrieben, das ganze Bild war das einer allgemeinen Bauchfellentzündung. Verf. nahm zwar eine Darmverletzung an, da er aber auf dem Standpunkt steht, in derartigen Fällen sich abwartend zu verhalten, und da das Allgemeinbefinden keinen sofortigen Eingriff erforderte, ging er nicht operativ vor. Nach 14 Tagen schien das Kind genesen zu sein. Es versuchte aufzustehen, aber nun trat wieder Fieber ein, ohne dass zunächst irgend eine Ursache dafür nachweisbar war. Erst nach einer Reihe von Tagen war eine geringfügige Dämpfung links hinten am Brustkorb und beim Eindrücken des Bauches ein Widerstand ganz in der Tiefe unter dem linken Rippenbogen, nahe an der Wirbelsäule auffindbar. Mit Wahrscheinlichkeit konnte man hier einen Abscess unter dem Zwerchfell vermuthen. Die Probepunktion ergab thatsächlich Eiter. Es wurde nun in der Weise operirt, dass durch den Brustraum nach Entfernung der zehnten Rippe auf den vermeintlichen Eiterherd eingegangen wurde. Bis ans Zwerchfell waren die Verhältnisse normal. K. vernähte nunmehr das Rippenbrustfell, gegen welches das Zwerchfell von innen her fest angepresst war, mit letzterem, eröffnete die Eiterhöhle und fand in deren Tiefe ein mit Granulationen bedecktes Organ. Dasselbe stellte sich als die vollständig aus ihrer Kapsel gelöst und abgestorben in der Eiterhöhle liegende Milz heraus.

Bei dem Unfall muss die Milz aus der Kapsel herausgedreht worden sein.

Blutuntersuchungen sind nach Lage des Falles erst nach der Operation vorgenommen worden; sie ergaben normale Verhältnisse. Das Kind ist vollständig geheilt.

(Deutsche mediz. Wochenschr. 1901, No. 1.)

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 18. Dez. 1900.

(D. m. W. 1901, No. 1.)

Herr **Saxer:** Riss des Herzbeutels, Tod fünf Tage nach dem Unfall.

Ein 53jähriger Arbeiter stürzte sich in selbstmörderischer Absicht aus einem ersten Stockwerke. Von Seiten des Herzens traten ausser einer bedrohlichen Herzschwäche, die zwei Tage nach dem Unfall auftrat, aber bald vorüberging, keine auffallenden Erscheinungen hervor, dagegen war der eine Unterkieferast und der eine Gehörgang gebrochen. Fünf Tage nach dem Unfall starb der Mann. Bei der Leichenöffnung fand man das Herz vollständig in den linken Brustfellraum ausgetreten und ganz unverletzt, während der Herzbeutel zusammengefallen danebenlag und einen Längsriss fast unmittelbar neben den linken Zwerchfellnerven aufwies. Im linken Brustfellraum fand sich einiges flüssige Blut, obwohl Lunge und Brustfell unverletzt waren. Rechts war die 4. Rippe gebrochen, das Brustfell aber nicht eingerissen.

Die Verletzung, welche an und für sich eine grosse Seltenheit und ihrem Verlaufe nach wohl einzig dastehend ist, erklärt Verf. so, dass der Körper zweifellos auf die rechte Seite aufgeschlagen ist und das Herz dabei so stark nach links hinübergeschleudert worden ist, dass es den Herzbeutel gesprengt hat.

(Münchener med. Wochenschr. 1901, No. 9.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Aufhebung einer nach altem Recht erfolgten Entmündigung unter dem neuen Recht zu Unrecht abgelehnt. Voraussetzungen der Entmündigung.

I. Urth. vom 29. Oktober 1900.

Auf Antrag von Verwandten wurde Klägerin durch Beschluss des Amtsgerichts vom 16. September 1898 aus Art. 489 code civ. entmündigt. In Folge ihrer Klage ward die Entmündigung durch Urtheil des Landgerichts vom 24. Nov. 1899 aufgehoben, auf Berufung der Antragsteller wurde dagegen durch Urtheil des Ober-Landesgerichts vom 1. Juni 1900 die Anfechtungsklage abgewiesen und ausgesprochen, dass die Entmündigung wegen Geistesschwäche i. S. des § 6 Ziff. 1 BGB. fortbestehe. Die Revision der Klage führte zur Zurückverweisung. Mit Recht ist das Berufungsgericht davon ausgegangen, dass seine Entscheidung, da diese nach dem 1. Januar 1900 zu erfolgen hatte, das Recht des BGB. angewendet und dass geprüft werden musste, ob die Entmündigung auch nach § 6 Ziff. 1 BGB. gerechtfertigt war. Art. 155 des Einführungs-Gesetzes stand nicht entgegen, da dessen Bestimmung nur Platz greifen würde, wenn der Entmündigungsbeschluss bereits vor dem 1. Januar 1900 dergestalt rechtskräftig geworden wäre, dass er mit einer Klage aus § 605 der Civilprozessordnung, jetzt § 664, nicht hätte angefochten werden können. Dagegen ist § 6 Ziffer 1 BGB. unrichtig ausgelegt worden. Es kann danach entmündigt werden, wer in Folge von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche „seine Angelegenheiten" nicht zu besorgen vermag. Hieraus in Verbindung mit §§ 104 Ziff. 1, 106 und 114 folgt, dass die Geisteskrankheit, oder deren leichtere Form, die Geistesschwäche, um die Entmündigung einer Person zu rechtfertigen, deren freie Willensbestimmung in solchem Grade aufheben oder doch beeinträchtigen muss, dass der zu Entmündigende gänzlich, wie ein Kind unter 7 Jahren (Geisteskrankheit) oder doch gleich einem Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr vollendet hat (Geistesschwäche), an der Besorgung aller seiner Angelegenheiten gehindert wird. Betrifft die Verhinderung nur einzelne Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis, so würde zwar die Anordnung einer Pflegschaft aus § 1910 Abs. 2 BGB., dagegen nicht schon die Entmündigung aus § 6 Ziff. 1 erfolgen dürfen. Das Berufungsgericht hat jedoch bisher nur festgestellt, dass Kl. in wirthschaftlichen Dingen, in vermögensrechtlicher Hinsicht, der Fähigkeit der selbständigen vernünftigen Besorgung ermangelt, ohne darauf den Schluss zu gründen, dass eine gleiche Unfähigkeit rücksichtlich der Besorgung ihrer übrigen Angelegenheiten bestehe. Hiernach aber ist der Begriff den „Angelegenheiten", die der zu Entmündigende „nicht zu besorgen vermag", zu eng gefasst worden. Sodann ist zwar Kl. nach Vorschrift der §§ 671, 654 Civilprozessordnung in beiden Instanzen persönlich vernommen worden, das angefochtene Urtheil lässt jedoch eine Würdigung des Ergebnisses nicht erkennen; es sind nach dem Thatbestand Schriftstücke „neu vorgelegt", es ist jedoch nicht gesagt, was davon vorgetragen worden; es sind Beweisanträge übergangen, dagegen Schriftstücke berücksichtigt worden, die erst nach der mündlichen Verhandlung an das Gericht gelangt waren. Hierdurch ist gegen § 286 Civilprozessordnung verstossen. Daneben ist § 128 Civilprozessordnung verletzt worden, denn auch für die Anfechtung einer Entmündigung gilt der Grundsatz, dass nur die mündliche Verhandlung die Grundlage des zu erlassenden Urtheils bildet, und auch aus § 670 in Verbindung mit § 622 Civilprozessordnung kann nicht abgeleitet werden, dass eine Erkenntnissquelle benutzt werden dürfe, die ausserhalb dieser Verhandlung liegt.

II. Urth. vom 20. November 1900.

Kläger war auf Antrag der Staatsanwaltschaft durch Beschluss des Amtsgerichts v. 18. März 1899 „wegen bleibenden Zustands von Wahnsinn i. S. des Badischen Landrechts Art. 489" entmündigt worden. Seine Anfechtung wurde vom Landgericht durch Urtheil vom 26. September 1899 abgewiesen, weil Kläger seit Jahren mit jener Krankheit behaftet sei, die als Querulantenwahnsinn bezeichnet werde und deshalb die Voraussetzungen des Art. 489 vorlägen; das Oberlandesgericht wies durch Urtheil vom 16. Mai 1900 seine Berufung mit der Massgabe zurück, dass die Entmündigung als solche wegen Geistesschwäche i. S. des § 6 Ziff. 1 BGB. bestehen bleibe. Auch hier führte die Revision des Klägers zur Zurückverweisung. Zutreffend ist allerdings von dem Ber. G. das neue Recht für massgebend erachtet. Zwar enthält § 6 Ziff. 1 BGB. gegenüber dem Art. 489 eine Aenderung. Art. 489 setzt eine geistige Störung voraus, die die Fähigkeit aufhebt, der Person und dem Vermögen vorzustehen, ohne dass es auf die Benennung „Geistesschwäche, Wahnsinn oder Raserei" ankommt. Das BGB. unterscheidet dagegen dem Grade nach Geisteskrankheit und Geistesschwäche, und zwar danach: ob der Erkrankte seine Angelegenheiten absolut nicht zu besorgen vermag, oder nur der Fähigkeit selbständiger Besorgung, nicht jedoch der Fähigkeit zur Mitwirkung bei dieser Besorgung ermangelt. Da es sich aber um Statusrechte handelt und das neue Recht im Allgemeinen von der Tendenz geleitet ist, auf Statusrechte sofort das BGB. anzuwenden, so ist im Zusammenhang mit Art. 155 des Einf.-Ges. die Annahme begründet, dass auch im Anfechtungsverfahren gegen einen vor dem 1. Januar 1900 ergangenen Entmündigungsbeschluss das neue Recht zur Anwendung komme. Das Oberlandesgericht ist jedoch unrichtig verfahren. Nach § 671 (früher 612) CPO. haben in den Anfechtungssachen die §§ 654, 655 CPO. Anwendung zu finden. Kläger hätte also persönlich vernommen werden müssen, falls nicht einer der in § 654 Abs. 3 erwähnten Gründe vorlag. Er ist jedoch überhaupt nicht vernommen worden. Zwar galt während des Verfahrens vor dem Landgericht der Abs. 3 des § 654 noch in der Fassung des früheren § 598, und danach durfte die Vernehmung unterbleiben, wenn das Gericht sie für unerheblich hielt. Als das angefochtene Urtheil erging, galt jedoch schon die Fassung des jetzigen § 654, und danach darf von der Vernehmung abgesehen werden, wenn sie mit besonderen Schwierigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachtheil für die Gesundheit des Klägers ausführbar ist. Und diese Vorschrift leidet auch für die Berufungsinstanz entsprechende Anwendung. Ob von Vernehmung vor dem Berufungsgericht abgesehen werden darf, wenn sie in 1. Instanz erfolgte oder mit Recht unterblieb, kann dahin gestellt bleiben, da Kläger auch in 1. Instanz nicht vernommen war. Allerdings ist Kläger in der Verhandlung vor dem Berufungsgericht anwesend gewesen und es ist ihm Gelegenheit zur Aeusserung gegeben worden, allein das war keine Vernehmung nach § 654, sondern nur eine Verstattung

um Wort aus § 137 Abs. 4 CPO. Es ist danach, da eine genügende Begründung fehlt, § 671 Abs. 1 in Verbindung mit § 654 verletzt worden, und dieser Verstoss ist nicht durch Unterlassung einer Rüge aus § 295 geheilt, denn auf die Vorschriften des § 654 kann wirksam nicht verzichtet werden. Auf jenem Verstoss aber beruht das Urtheil. Endlich würde die Aufhebung des Urtheils selbst dann erfolgen müssen, wenn man die Verstattung zum Wort als Vernehmung ansehen könnte, da die Oeffentlichkeit nicht gemäss § 172 GVG. ausgeschlossen worden war und daher (vgl. Reichsgerichts-Entscheidungen Bd. 16 S. 393) ein Verstoss gegen § 551 Ziffer 6 CPO. vorliegen würde.

(Deutsche Jurist.-Ztg.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes.

Entsch. vom 14. März 1900.

Arbeiter T. als Mitglied einer Krankenkasse war vom 8. Januar bis zum 12. März 1898 wegen Hautausschlags im Marienkrankenhause zu H. ärztlich behandelt und verpflegt worden. Der Armenverband verlangte die ihm hierdurch erwachsenen Kosten von der Krankenkasse erstattet, weil der Betrag des dem T. gegen diese zustehenden Unterstützungsanspruchs erheblich höher sei; wurde jedoch durch Urtheil des Bezirksausschusses mit seiner Klage abgewiesen. Der hiergegen eingelegten Revision wurde der Erfolg vom Oberverwaltungsgericht versagt und u. A. Folgendes ausgeführt: der Vorderrichter hat sowohl die Erwerbsunfähigkeit als die Hülfsbedürftigkeit des Arbeiters T. zu der Zeit, während welcher der Armenverband für ihn eintrat, verneint. Beide Begriffe sind im Wesentlichen thatsächlicher Natur; insoweit sind die Feststellungen des Vorderrichters durch die Revision nicht anfechtbar. Dass aber unrichtige rechtliche Ansichten zu Grunde lägen, erhellt nicht. Ebensowenig fällt dem Bezirksausschuss ein wesentlicher Mangel des Verfahrens zur Last, namentlich ist nicht gegen die klare Lage der Sache verstossen. Dies gilt zunächst, soweit es sich um die Erwerbsfähigkeit des Arbeiters T. handelt. Im Anschluss an die Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts ist der Vorderrichter hierbei davon ausgegangen, dass schon die Gefahr einer Verschlimmerung der Krankheit genügt, um eine Erwerbsunfähigkeit anzunehmen. Wenn er trotzdem auf Grund der Gutachten der Sachverständigen und indem er demjenigen des Obergutachters besonderes Gewicht beilegte, die Erwerbsunfähigkeit verneint hat, so ist dies in der Revisionsinstanz nicht zu beanstanden. War aber der Arbeiter T. erwerbsfähig, so konnte weiter auch trotz der vorhandenen Mittellosigkeit die Hülfsbedürftigkeit verneint werden. Wer arbeiten kann und, was nach Lage der Sache anzunehmen ist, Arbeit findet, wenn er arbeiten will, ferner wie der Vorderrichter ebenfalls unanfechtbar festgestellt hat, keiner Behandlung im Krankenhause, sondern nur einer sonstigen ärztlichen Behandlung und Arznei bedarf, während er seinem Erwerbe nachgeht, und eine solche Behandlung und Arznei in dem ausreichenden Masse von seiner Kasse erhält, sobald er es verlangt, der darf als nicht hülfsbedürftig und als ein solcher, für den ein Einschreiten im Wege der Armenpflege nicht geboten ist, angesehen werden. Während des Aufenthalts im Krankenhause konnte der Arbeiter T. allerdings seinem Erwerbe nicht nachgehen. Das allein machte ihn aber noch nicht erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, nach welchem die Erwerbsunfähigkeit durch die Krankheit selbst verursacht sein muss, und die blosse thatsächliche Unmöglichkeit, während des Aufenthalts im Krankenhause zu arbeiten und etwas zu erwerben kann nicht zu Gunsten des Armenverbandes die Hülfsbedürftigkeit begründen, weil es der Armenverband selbst gewesen ist, der erst durch die Aufnahme des T. in das Krankenhaus diese Unmöglichkeit herbeigeführt hat, die Aufnahme aber eben nicht nothwendig war. Was der Armenverband in der Revisionsschrift über die physische Unmöglichkeit für den Arbeiter T., seinem Erwerbe weiter nachzugehen, anführt, erledigt sich in der Hauptsache damit, dass es neue Thatsachen sind, die in der Revisionsinstanz nicht mehr berücksichtigt werden können, und im Uebrigen damit, dass der Vorderrichter die Frage der Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit auf thatsächlichen Gründen in dem ersteren Sinne beantwortet hat. Den Begriff der Erwerbsunfähigkeit hat derselbe hierbei nicht zu eng verstanden, namentlich nicht verkannt, dass derjenige, zu dessen Heilung Krankenhauspflege nothwendig ist, erwerbsunfähig ist. Denn er hat gerade eine Krankenhauspflege nicht für nothwendig gehalten und konnte dies nach dem Gutachten des Regierungs-Medizinalraths Dr. B. thun, mag eine nothwendige Krankenhauspflege nur anzunehmen sein, wenn eine Heilung ohne Krankenhausbehandlung überhaupt nicht möglich ist, oder auch schon, wenn die Krankenhausflege nur zur sachgemässen Behandlung der Krankheit erforderlich ist. Bleibt hiernach massgebend, dass T. nicht hülfsbedürftig war, also kein berechtigter Akt der Armenpflege vorliegt, so hat der Armenverband keinen Anspruch an die Krankenkasse, und seine Klage ist mit Recht abgewiesen. M.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tod an Lungentuberkulose keine Folge eines Betriebsunfalls.

Rek.-Entsch. vom 9. Juni 1900.

Der Oberböttchen B. erlitt am 18. September 1897 im Brauereibetriebe von H. u. G. dadurch einen Unfall, dass er beim Aufladen eines Bottiches auf einen Wagen einen Schlag an die Brust erhielt. In der polizeilichen Untersuchungsverhandlung vom 20. Oktober 1897 hat B. angegeben, dass er von diesem Schlage weiter nicht grosse Schmerzen verspürte und dem Unfall als solchen erst Beachtung geschenkt habe, als sich in der Nacht darauf Bluthusten und Athmungsbeschwerden einstellten. Auf Grund eines Attestes des Sanitätsraths Kreisphysikus Dr. Sch. in B. vom 23. September 1897, wonach das Leiden des B. als ein alter Lungenspitzenkatarrh anzusehen war, wurde der damals zur Anzeige gebrachte Unfall seitens der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft als erledigt angesehen. Als am 3. Oktober 1899 die Arbeitgeberin des B. der Berufsgenossenschaft mitgetheilt hatte, dass dessen Zustand sich verschlimmert habe, wies die Berufsgenossenschaft durch Bescheid vom 15. November 1899 den Anspruch des B. auf Unfallrente ab, weil dessen Krankheit weder als direkte, noch indirekte Unfallsfolge angesehen werden könne. Gegen diesen Bescheid hat B. rechtzeitig Berufung erhoben und beantragt, ihm die Vollrente von Beginn der vierzehnten Woche nach dem 17. August 1899 zu gewähren. Am 15. Dezember 1899 ist B. gestorben, doch hat die Wittwe zugleich als gesetzliche Vertreterin ihrer fünf minderjährigen Kinder Fortsetzung des Verfahrens beantragt. Nach der Krankengeschichte sind bereits am 2. Oktober 1897 im Sputum des B. reichliche Tuberkelbazillen gefunden worden, auch hat der Verstorbene damals dem Arzt gegenüber zugegeben, dass er beim Stoss durch den Bottich vom 18. September 1897 nicht den geringsten Schmerz gespürt und ruhig weitergearbeitet habe. Da ferner durch das Zugeständniss des B. feststeht, dass auch sein eigener Vater früher einen Blutsturz gehabt hat, hat das Schiedsgericht nicht die Ueberzeugung gewinnen können, dass der in der Nacht zum 19. Sep-

tember 1897 eingetretene Bluthusten und die darauf folgende Krankheit eine Folge des Unfalls vom 18. September 1897 gewesen ist. Das Schiedsgericht ist vielmehr dem Gutachten pes Kreisphysikus Sanitätsraths Dr. Sch. vom 11. November 1899 ohne Bedenken gefolgt und zu der Ueberzeugung gekommen, dass es sich bei B. um ein altes Lungenleiden gehandelt hat, welches sich langsam schleichend, ohne erhebliche Beschwerden zu machen und die Arbeitsfähigkeit dauernd zu beeinträchtigen entwickelt hat; auf dieses Lungenleiden und nicht auf den Unfall vom 18. September 1897 ist auch die am 17. August 1899 eingetretene völlige Erwerbsunfähigkeit und der demnächstige Tod des B. zurückzuführen. Bei der Bedeutungslosigkeit des Unfalls, der dem B. keine Schmerzen verursacht hat, und ihn nicht am Weiterarbeiten verhindert hat, ist auch nicht anzunehmen, dass dessen da mals schon bestehendes Leiden irgendwie durch den Stoss verschlimmert ist. Diese Entscheidung fochten die Hinterbliebenen durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an und machten geltend, das Schiedsgericht hätte die Frage prüfen müssen, ob die bei ihrem Erblasser nach dem Unfall vom 18. September 1897 auftretenden Krankheitserscheinungen lediglich eine Folge des chronischen Lungenkatarrhs gewesen oder nicht vielmehr durch den Unfall hervorgerufen worden seien, da der Verletzte bis zu diesem stets gesund und arbeitsfähig gewesen und am Abend desselben zum ersten Male von dem Bluterbrechen befallen worden sei. Die Kläger sind der Ansicht, dass die in Folge des Lungenleidens eingetretene Arbeitsunfähigkeit ihres Erblassers durch den Unfall verursacht, und die Möglichkeit vorhanden sei, dass, wenn am 2. Oktober 1897 Tuberkelbazillen festgestellt worden seien, die Lunge erst durch die bei dem Unfall erlittene Verletzung die Widerstandsfähigkeit gegen die Entwicklung der Bazillen eingebüsst habe; dem Fehlen einer Schmerzempfindung bei dem Unfalle selbst komme eine entscheidende Bedeutung nicht zu, da erfahrungsgemäss erhebliche innere Verletzungen stattfänden; und ebenso der die erbliche Veranlagung unerheblich, wenn der Unfall als der unmittelbare Anlass zum Ausbruch der Krankheit bei dem dazu vielleicht disponirten Patienten geführt habe. Das Reichs-Versicherungsamt wies den Rekurs der Kläger als unbegründet zurück und machte geltend, wenn den Klägern auch zugegeben werden mag, dass ihr Erblasser am 18. September 1897 einen geringfügigen Unfall durch Anschlagen eines Bottichs an die Brust erlitten habe, so fehlt doch jeder obliegende Nachweis dafür, dass das später bei dem Verletzten hervorgetretene Brustleiden ursächlich auf jenen Unfall zurückzuführen oder in der Entwickelung wesentlich beschleunigt worden ist. Der Verletzte hat bei dem Schlage selbst keinen Schmerz empfunden, sondern ruhig weitergearbeitet; sein Vater hat ebenfalls einen Blutsturz gehabt, so dass der Schluss auf eine erbliche Veranlagung zu Lungenleiden gerechtfertigt ist und bereits am 2. Oktober 1897 sind nach der Krankengeschichte im Sputum des Erblassers der Kläger zahlreiche Tuberkelbazillen festgestellt worden, was auf eine schon vor dem Unfalle vorhanden gewesene Brustkrankheit hinweist. Das Rekursgericht hat kein Bedenken getragen, sich dem Gutachten des Kreisphysikus Sanitätsraths Dr. Sch. vom 11. November 1899 anzuschliessen und den ursächlichen Zusammenhang des Leidens und Todes des klägerischen Erblassers mit dem Unfalle vom 18. September 1897 zu verneinen.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Notthaft, Freiherr von und **Kollmann**, Arthur. Die Prophylaxe der Harnwege und des Geschlechtsapparates (des Mannes). Nobiling-Jankau. Handbuch der Prophylaxe Abth. XI. München 1901.

Das ausserordentlich klar geschriebene Buch beginnt mit der allgemeinen Prophylaxe der im Titel genannten Organe und beschäftigt sich zunächst mit der Erörterung gewisser allgemein prophylaktischer Massnahmen bei den Erkrankungen der Nieren. Das Auftreten von Eiweiss, Cylindern, Blut im Harn kommen zur Besprechung; Betrachtungen über Wassersucht und Urämie schliessen sich an; die nothwendig werdenden therapeutischen Eingriffe, die sich in diesen Fällen auch gleichzeitig zu prophylaktischen Handlungen gestalten, finden Berücksichtigung. Die schon von Joseph ausführlich geschilderte allgemeine Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten wird auch hier noch einmal auf breiter Basis besprochen, insbesondere der Prostitution mit ihren strafrechtlichen, medizinischen und administrativen Gesichtspunkten weitgehende Beachtung geschenkt. Schliesslich wird auch die Prophylaxe der Onanie und Masturbation gestreift und endlich noch die Desinfektion der für die Behandlung der Harnwege nothwendigen Instrumente besprochen.

Die spezielle Prophylaxe schildert zunächst die Erkrankungen des Membrum virile (Phimosis, Ekzem, Balanitis, Herpes etc.), soweit sich etwas über seine Prophylaxe sagen lässt. Bei der Besprechung der Prophylaxe der Gonorrhoe tragen die Verfasser zwar den verschiedensten Anschauungen über Therapie oder, wie sie sich ausdrücken, „über Prophylaxe durch Therapie", Rechnung, ohne indessen ihren Standpunkt als Schüler Oberländers zu vernachlässigen. In den Kapiteln über die Prophylaxe bei Erkrankungen der Blase finden die Traumen, mit welchen naturgemäss auch die Harnverhaltung zusammenhängt, sowie die Harninfektion als Ursachen der Cystitis die ausführlichste Besprechung. Gegen andere Blasenleiden lassen sich ja leider nur wenige prophylaktische Massregeln treffen. Ebenso ist unsere Kenntniss von der Prophylaxe der Nierenkrankheiten noch keine abgeschlossene. Doch ist dankbar anzuerkennen, dass die Verfasser nach dem Standpunkt unserer Kenntnisse eine erschöpfende Darstellung gegeben haben. Dasselbe lässt sich von vielen anderen Affektionen sagen, welche die Verfasser in den Kreis ihrer Betrachtungen gezogen haben und deren eingehende Besprechung wir uns an dieser Stelle versagen müssen. Ueberall ist das nothwendigste gesagt, nichts wesentliches vergessen, so dass der Verbreitung des Buches eine gute Prognose gestellt werden kann.

Ledermann.

Kaposi, M. Handatlas der Hautkrankheiten. III. Abth. W. Braumüller. 1900.

Von dem Handatlas der Hautkrankheiten ist jetzt die letzte Abtheilung erschienen. Dieselbe enthält in vortrefflichster Ausführung die Affektionen Naevus bis Xeroderma pigmentosum. Ueber den Werth des vorliegenden Atlas können wir nur auf das bei Gelegenheit der Besprechung der II. Abth. bereits gesagte hinweisen. Ausserordentlich instruktiv sind die Darstellungen der verschiedensten Naevusformen, der Pellagra, Psoriasis, des Pemphigus, des Pityriasis rubra, des Rhinoskleroma, der Sarkome, der Skabies, der Sklerodermie, Seborrhoe, Sycosis, von Tätowirungen, der Tuberkulose, Urticaria, Variola, des Xeroderma pigmentosum und noch mancher anderer seltener Hautaffektionen. Das vorliegende Werk ist ebenso ein Zeichen

von der Reichhaltigkeit des von dem Verfasser benutzten Krankenmaterials, über welches wohl nur wenige andere Dermatologen in gleicher Weise verfügen, wie von der hervorragenden Fertigkeit der Künstler, welche dem Verf. bei der bildlichen Darstellung desselben helfend zur Seite gestanden haben.

Ledermann.

Tagesgeschichte.

Der Entwurf eines Gebühren-Gesetzes für die Medizinal-Beamten

ist dem Landtage zugegangen. Wie die Begründung des Entwurfs ausführt, genügt das Gesetz von 1872 nach verschiedenen Richtungen nicht den berechtigten Forderungen, theils hat es sich gezeigt, dass es Unklarheiten und Lücken enthält, die zu widersprechenden Gerichtsurtheilen geführt haben, theils sind die in diesem Gesetze aufgeführten Gebührensätze nicht mehr den Anforderungen, die einerseits der Staat, andererseits die Wissenschaft an den Medizinal-Beamten und ärztlichen Gutachter stellen, entsprechend. Da bei der Neuordnung des Medizinalwesens durch das Kreisarzt-Gesetz die Stellung des Medizinal-Beamten nicht derart geändert wird, dass die Besoldung seiner gesammten amtlichen Thätigkeit entspräche, da er also auch künftig auf Gebühren angewiesen ist, erscheint es geboten, diese Gebühren zu erhöhen.

Im Einzelnen sieht der Entwurf folgende Bestimmungen vor:

Soweit der Kreisarzt als staatlicher Gesundheitsbeamter des Kreises Geschäfte verrichtet, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, erhält er für diese Geschäfte selbst keine Vergütigung, wohl aber Tagegelder und Reisekosten, nach Massgabe des für die Staatsbeamten im Allgemeinen gültigen Gesetzes vom 21. Juni 1897. Bezüglich der Fuhrkosten bei Verrichtungen am Wohnort oder innerhalb 2 km von demselben bleibt es bei den bestehenden Normen (§§ 1 und 3).

Bei andern amtlichen Verrichtungen dagegen, insbesondere bei solchen, welche durch ein Privatinteresse veranlasst sind, oder deren Kosten von den Gemeinden getragen werden, erhält der Kreisarzt ausser Tagegeldern und Reisekosten eine besondere Gebühr (§§ 2 und 3).

Auch für die Thätigkeit als Gerichtsarzt, unter welche die Thätigkeit bei den „besonderen Gerichten" (Schiedsgerichte der Arbeiter-Versicherung u. dergl.) fällt, wird ausser den bisher gewährten Tagegeldern und Reisekosten eine besondere Gebühr festgesetzt (§ 4).

Für die in den beiden letzten Absätzen genannten Gebühren erlässt der Minister der Medizinal-Angelegenheiten einen Tarif und die nothwendigen Ausführungsbestimmungen. Für die Fälle, in denen der Tarif Mindest- und Hochsätze zulässt, entscheidet bei Bedenken gegen die Angemessenheit der gestellten Forderung im Allgemeinen der Regierungs-Präsident (§§ 6 und 7).

Dieselben Bestimmungen gelten für die Kreisassistenzärzte und für andere, etwa zu den betreffenden Verrichtungen amtlich aufgeforderte Aerzte, soweit dieselben nicht durch ihre Amtsstellung zur unentgeldlichen Besorgung dieser Geschäfte verpflichtet, oder zur Forderung höherer Gebühren berechtigt sind (§§ 8 und 9).

Ausser diesen wichtigsten Bestimmungen enthält der Gesetzentwurf nach Angaben über die Vertheilung der Tagegelder und Reisekosten bei Reisen, die durch mehrere Geschäfte bedingt sind, bei entsprechenden Verrichtungen am Wohnort und innerhalb 2 km von demselben und bei mehreren Dienstreisen an einem Tage (§ 5), sowie über die Gebühren der medizinischen Kommissare bei Apothekenbesichtigungen (§ 10).

Durch dieses Gesetz, welches mit dem Kreisarztgesetz zugleich in Kraft treten soll, werden das Gesetz vom 9. März 1872, die Verordnung vom 17. September 1876 und Art. 5 Abs. 2 des Gesetzes vom 21. Juni 1897 bezüglich der unter das vorliegende Gesetz fallenden Personen ausser Kraft gesetzt.

Wir behalten uns vor, bei Berathung des Entwurfs noch einmal auf denselben zurückzukommen. Welche Bedeutung derselbe für die soziale und materielle Stellung der Medizinal-Beamten und sonstigen ärztlichen Sachverständigen haben wird, hängt natürlich wesentlich von den, im Gegensatz zu den früher gültigen Gesetzen nicht im Entwurf enthaltenen, sondern von dem zuständigen Minister festzusetzenden Gebührentarifen ab. Vorläufig begrüssen wir mit Anerkennung den verständnissvollen Ton, der aus der Gesetzesbegründung spricht, und die endlich von massgebender Seite ausgesprochene Zustimmung zu der in dieser Zeitschrift schon mehrfach geforderten Erhöhung der Sachverständigen-Gebühren.

Der Medizinal-Etat in der Budget-Kommission.

Ueber die Verhandlungen in der Kommission berichtet die Vossische Zeitung: Es lag der Antrag vor, die Regierung zu ersuchen, in den nächstjährigen Etat, ähnlich wie in den letztverflossenen Jahren, eine Summe einzustellen für die Theilnahme der Kreisärzte an Fortbildungskursen in der Hygiene, gerichtlichen Medizin, Psychiatrie und der Medizinalverwaltung. Der Antrag wurde namentlich mit der Rücksicht auf die Aerzte auf dem Lande befürwortet. Die Regierung erkannte an, dass den Aerzten Gelegenheit gegeben werden müsse, sich fortzubilden, hielt es aber doch nicht für richtig, dass der Staat die Kosten dafür tragen müsse. Unentgeltliche Fortbildungskurse sollen zunächst auf den Universitäten Berlin, Breslau und Königsberg stattfinden. Sodann sind andere Universitäten in Aussicht genommen. Ferner lagen folgende Anträge vor: 1. vom Abg. Dr. Martens (nl.): a) das Gehalt der vollbesoldeten Kreisärzte festzusetzen auf 3600 bis 6000 Mark, steigend in vier Stufen von drei Jahren um je 600 Mark; b) das Gehalt der nicht vollbesoldeten Kreisärzte festzusetzen auf 2000 bis 3600 Mark, steigend in vier Stufen von drei Jahren um je 400 Mark, c) den nicht vollbesoldeten Kreisärzten den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der fünften Rangklasse zu gewähren; 2. die Regierung zu ersuchen, einen Nachtragsetat einzubringen, durch den der Fonds in Tit. 3 dieses Kapitals um den Betrag erhöht wird, der erforderlich ist, um den nicht vollbesoldeten Kreisärzten Wohnungsgeldzuschüsse in derselben Höhe wie den vollbesoldeten zu gewähren; 3. vom Abg. Ruegenberg (Z.), im Vermerk zu dem Titel hinter den Worten „die Pension festgesetzt wird" einzufügen: „jedoch nicht weniger als 1000 Mark" und ferner: „Auf das pensionsfähige Dienstalter kommen in Anrechnung die als Kreisassistent verbrachten Dienstjahre". Schliesslich die Worte „bis zu 1000 Mark, im Durchschnitt 750 Mark, für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte bis zu 750 Mark, im Durchschnitt 250 Mark" zu ersetzen durch: „750 bis 1250 Mark, im Durchschnitt 1000 Mark, für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte und Gerichtsärzte 250 bis 750 Mark, im Durchschnitt 500 Mark". Von mehreren Seiten wurde beantragt, eine Theilung von Kreisarztbezirken vorzunehmen.

Nachdem der Regierungsvertreter sich vorläufig gegen eine Ueberschreitung der bisher in Aussicht genommenen Ausgaben für die Medizinal-Reform ausgesprochen hatte, wurde der Titel: Ausführung des Kreisarztgesetzes schliesslich angenmmen mit der Aenderung, dass bei dem Gehalt der nicht voll besoldeten Kreisärzte statt höchstens 4200 Mark gesetzt würde „mindestens 1800 und höchstens 4200 Mark." Sodann

wurden folgende Anträge angenommen: a) Die Regierung zu ersuchen, in Verbindung mit dem nächsten Etat eine ausführliche Denkschrift über die Ausführung des Gesetzes vom 15. September 1899 vorzulegen und bis dahin event. zu prüfen, ob die in dem diesjährigen Etat festgesetzten Besoldungen und sonstigen Bezüge der Kreisärzte zweckmässig geregelt sind. b) Die Regierung zu ersuchen, in eine nochmalige Prüfung darüber einzutreten, ob nicht für eine Anzahl der zur Einziehung bestimmten Kreisphysikatsbezirke versuchweise einstweilen ein Kreisarzt kommissarisch belassen werden kann. Einstimmig gelangte schliesslich noch der Antrag zur Annahme, die Regierung zu ersuchen, einen Nachtragsetat einzubringen, durch welchen der Fonds in Kap. 125 Tit. 3 um denjenigen Betrag erhöht wird, der erforderlich ist, um den nicht vollbesoldeten Kreisärzten den Wohnungsgeldzuschuss der Beamten der fünften Rangklasse event. nach vorheriger entsprechender Aenderung des Kreisarztgesetzes zu gewähren. Der Titel „Kreisarztassistenten" wurde mit der Aenderung „mindestens 900 Mark und höchstens 1800 Mark, im Durchschnitt 1200 Mark" angenommen.

Die Kreisarztassistenten.

Die Absichten der Regierung bezüglich der Kreisarztassistenten scheinen nicht in allen ärztlichen Kreisen Beifall zu finden. In der Budgetkommission hat der Regierungsvertreter ausgeführt, dass zu den Assistentenstellen vorwiegend solche Aerzte bestimmt seien, die (nach Zeitungsberichten!) kurz nach der Staatsprüfung stehen, und es soll diesen dann für später eine Anwartschaft auf Kreisarztstellen zustehen. Die, offenbar hier ärztlich berathene Vossische Zeitung führt hiergegen aus: Zunächst könnten Kreisarzt-Assistenten nach dem neuen Gesetz überhaupt nur kreisärztlich geprüfte Aerzte werden, also solche, die mindestens drei bis vier Jahre nach dem Staatsexamen ständen. Was aber die Anwartschaft auf Kreisarztstellen betreffe, so sei es eine Gefahr für die öffentliche Gesundheitspflege, die Kreisärzte im Allgemeinen aus den Assistenten zu rekrutiren, denn, wenn Jemand drei oder vier Jahre nach dem Staatsexamen Kreisarztassistent geworden sei und sich nachher als solcher dem hygienischen, chemischen, mikroskopisch-anatomischen und gerichtsärztlichen Hilfsdienst des Kreisarztes gewidmet hätte, so würde er voraussichtlich nicht Gelegenheit gehabt haben, den Beruf des praktischen Arztes ausgiebig genug kennen zu lernen; diese Vorbildung aber sei für einen tüchtigen Kreisarzt unentbehrlich.

Unsers Erachtens werden grade diese Bedenken in der Praxis sich sehr bald als hinfällig erweisen. Wenn der Regierungsvertreter davon gesprochen hat, dass zu den betreffenden Posten Aerzte, die kurz nach dem Staatsexamen stehen, gewählt werden sollen, so war das ja offenbar ein lapsus linguae, es konnte ja nur das Kreisarztexamen gemeint sein. Aber auch nach diesem werden in praxi die Aerzte immer noch einige Jährlein warten müssen, ehe sie ihre Anstellung bekommen. Diese Assistentenstellen sind im Verhältniss zu der Zahl der in grösseren Städten ansässigen oder in solche zu verziehen bereiten kreisärztlich geprüften Aerzte recht wenig zahlreich, das Verhältniss ist gewiss noch ungünstiger als das zwischen der Zahl der frisch geprüften Aerzte und der assistentenbedürftigen Hospitäler, Irrenanstalten u. s. w. Soviel uns bekannt ist, dürften auch die zum 1. April 1901 zu ernennenden Kreisarztassistenten im Allgemeinen schon eine ganze Reihe praktischer Jahre hinter sich haben. Abgesehen davon aber ist es sicher irrig anzunehmen, dass der Kreisassistenzarzt durch seine amtlichen Pflichten an der Ausübung einer mittleren Privatpraxis gehindert sein wird. Vielfach sehen wir in den grossen Städten, dass Hilfsärzte an Krankenhäusern nebenbei reichlich Zeit finden, sich privater Thätigkeit zu widmen und dabei ist es doch durchaus nicht anzunehmen, dass die von Fall zu Fall einsetzende Thätigkeit des Kreisassistenzarztes der regelmässigen eines Krankenhausarztes gewöhnlich gleichkommen wird. Insbesondere aber wird der Kreisassistenzarzt sich den grössten Theil seiner Aufgaben, nämlich gerade die chemischen, bakteriologischen und mikroskopischen Arbeiten und das ihm voraussichtlich zufallende Schreibwerk so eintheilen können, dass sie mit seiner privatärztlichen Thätigkeit nicht kollidiren. Allerdings so weit entfernt wir davon sind, die aus den Reihen der Assistenten hervorgehenden Kreisärzte für praktisch-ärztlich schlecht vorgebildet zu halten, so darf es doch, namentlich so lange die Assistentenstellen auf grössere Städte beschränkt sind, nicht dahin kommen, dass der Weg zum Kreisarzt **nur** durch diese Stellen führt. Einerseits brauchen ländliche Kreise Medizinalbeamte, die mit ländlichen Verhältnissen vertraut sind, andrerseits haben die kreisärztlich geprüften Landärzte denn doch auch ihr gutes Recht auf Anstellungen, die oft für sie die einzige Möglichkeit einer Wohnortsveränderung darstellen. Aber auch in grösseren Städten wird es immer Aerzte geben, die, ohne Kreisarztassistenten zu sein, besonders gut für Kreisarztstellen vorgebildet sind, z. B. Assistenten an hygienischen oder gerichtsärztlichen Instituten u. s. w. Auch diese zu übergehen, wäre verfehlt. Summa summarum: die Anwartschaft der Kreisarztassistenten auf die Kreisarztstellen ist berechtigt, aber sie darf nicht zum Monopol ausarten.

Das Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes

ist in der Reichstagssitzung vom 8. März en bloc in erster Lesung angenommen worden, nachdem nur ein Vertreter der sozialdemokratischen Partei erhebliche Einwendungen gegen dasselbe vorgebracht hatte.

Die wirthschaftliche Lage der Hebammen

ist Gegenstand eines Runderlasses des Kultusministers an die Regierungspräsidenten. Es soll ermittelt werden, wieviel Hebammen unter 40 Jahr, wieviel über 40 Jahr in jedem Regierungsbezirke wohnen und in welchem Umfange eine Alters-, Invaliditäts- oder Krankheitsfürsorge für dieselben besteht. In Aussicht genommen ist eine Aufbesserung der Lage der Hebammen durch Erhöhung der Gebührensätze und durch ihre Angliederung an die Alters- und Invaliditäts-Versicherung des Reiches.

Petition gegen die Zulassung der Realabiturienten zu den medizinischen Prüfungen.

In zwölfter Stunde versucht der Vorstand der Aerztekammer Berlin-Brandenburg noch durch eine Petition an den Bundesrath die augenscheinlich bevorstehende Zulassung der Real-Abiturienten zu den medizinischen Prüfungen aufzuhalten. Noch einmal werden alle die Gründe aufgeführt, die mehr oder weniger dringlich gegen eine solche Neuerung sprechen. Mit besonderem Nachdruck wird am Schluss die Einmüthigkeit der deutschen Aerzte in der Ablehnung des geplanten Schrittes hervorgehoben. Wie es uns scheinen will, ist gerade diese Einmüthigkeit leider in der vorliegenden Frage nicht deutlich genug in Erscheinung getreten, denn wie die Petition selbst sagt: In Baiern, Sachsen und Württemberg haben sich zwar die staatlichen Vertretungen der Aerzteschaft gegen die Zulassung der Realgymnasiasten ausgesprochen, in Preussen aber hat sich nur eine Minderzahl der Aerztekammern dazu geäussert. Gefragt sind sie freilich nicht worden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel, die Post (No. 34) oder durch die Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben von

Dr. L. Becker, Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Physikus.
Dr. A. Leppmann, Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.
Dr. F. Leppmann, prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 7. Ausgegeben am 1. April.

Inhalt:

Die Lungenheilstätten der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen.

Von

Dr. Otto Braehmer.
Geh. Sanitätsrath.

Mit grosser Genugthuung begrüssen wir die in ihren Vorarbeiten beendete und nunmehr vom Minister der öffentlichen Arbeiten genehmigte Errichtung zweier Lungenheilstätten der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen. Die Gelände sind abgesteckt, die Pläne entworfen, der Bau wird demnächst beginnen. Voraussichtlich werden noch im Jahre 1902 die Heilstätten eröffnet werden.

Seitdem den Pensionskassen das Recht verliehen worden ist, durch Uebernahme des Heilverfahrens die Rentenansprüche erkrankter Mitglieder zu verhindern oder wenigstens auf Jahre hinaus zu verschieben, hat die Pensionskasse der preussischen Staatsbahnen die an beginnender Tuberkulose leidenden Mitglieder, falls die nothwendigen Bedingungen erfüllt waren, in grösserer Zahl den Lungenheilstätten überwiesen. Als solche wurden nach vorheriger Uebereinkunft mit den Leitern der Anstalten gewählt: Loslau, Görbersdorf (Dr. Weikers), Andreasberg (Felixstift), Lüdenscheidt, Grabowsee, Lippspringe, Lindenfels, Reichelheim, Braunfels, Berka a. d. Ilm, Sülzhayn. Die Zahl der überwiesenen Lungenkranken, die sich von Jahr zu Jahr vergrösserte, betrug im Jahre 1900 429. Der Kostenaufwand für diese 429 Kranke betrug bei 27852 Verpflegungstagen 170281,98 Mark. In diesem Betrage sind 47214,28 Mark Familienunterstützung enthalten. Von den Eisenbahn-Betriebskrankenkassen wurden der Pensionskasse 50155,08 Mark antheilig erstattet. Die verbleibenden Selbstkosten betrugen demnach 120120,90 Mark.

Auf einen Lungenkranken fielen durchschnittlich 64,9 Verpflegungstage zu durchschnittlich 4,31 Mark. Die Familien-Unterstützung betrug durchschnittlich für jeden verheiratheten Lungenkranken 127,61 Mark.

Von den 429 Lungenkranken wurden 383 gleich 89,28 Prozent als geheilt oder gebessert und arbeitsfähig entlassen. Von diesen wurden noch im Laufe des Jahres 1900 weitere 18 Personen dauernd erwerbsunfähig oder starben, so dass am Schluss des Jahres noch 365 Personen gleich 84,11 Prozent erwerbsfähig waren. Ueber die längere Dauer der Heilerfolge werde ich unter Berücksichtigung der früheren Jahre an anderer Stelle berichten.

Aus dem Gesagten geht das unabweisbare Bedürfniss für die Pensionskasse hervor, eigene Heilstätten für ihre Lungenkranken zu errichten. Die häufig vorhandene Schwierigkeit, die Kranken in den genannten Anstalten unterzubringen, bedingt durch Ueberfüllung, oft auch durch den Widerspruch der leitenden Aerzte gegen die Aufnahme, sowie die Rücksicht auf die Kosten der täglichen Verpflegung zu 4,31 Mk. legten dem Vorstand der mit reichen Mitteln ausgestatteten Pensionskasse geradezu die Pflicht auf, eigene Heilstätten zu bauen. Nach Feststellung des Umfanges des Bedürfnisses ging man an die Auswahl geeigneter Orte.

Da voraussichtlich 200 Betten für eine Reihe von Jahren dem Bedürfnisse genügen werden, so entschied man sich für 2 Heilstätten, die eine für die westlichen Direktionsbezirke: Saarbrücken, Köln a. Rh., Mainz, Frankfurt a. M., Elberfeld, Hessen, Münster, Hannover, Altona, Kassel, Erfurt, Magdeburg, die andere für die östlichen Bezirke: Halle, Berlin, Stettin, Danzig, Königsberg, Bromberg, Posen, Breslau, Kattowitz.

Die erstere ist auf 100—120, die zweite auf 80—100 Betten berechnet. Die zur Erforschung geeigneter Gelände bestimmte Kommission bestand aus dem Vorstand der Pensionskasse, Herrn Regierungsrath Grünberg, Räthen des Ministeriums und der Direktion Berlin, ferner Herrn Baurath Schmieden, Herrn Oberstabsarzt Pannwitz und dem Verfasser. Lokalsachverständige wurden oft hinzugezogen.

Es wurden eine Anzahl Reisen unternommen, welche sich für den Westen auf Thüringen, den Harz, das Fulda- und Werrathal, für den Osten auf das Riesengebirge erstreckten unter Berücksichtigung einer grossen Anzahl eingegangener Angebote.

Die Gesichtspunkte, nach denen die Auswahl zu treffen war, waren sehr mannigfaltig: Schutz gegen Nord- und Ostwinde, Höhenlage, ausreichende und genügend lange Besonnung, Fernsein industrieller Anlagen, Wasserversorgung, guter Baugrund, landschaftliche Schönheit, Lage womöglich an einer Hauptbahn, gute Zufuhrstrassen, genügender Waldstand; als etwas minderwerthige Gründe wurden auch berücksichtigt die Preise der Lebensmittel, der Baumaterialien, das Fernsein grösserer Vergnügungslokale u. s. w. Nach wiederholten Reisen und sorgsamer Erwägung hat sich die Kommission für den Westen auf Melsungen, für den Osten auf Schreiberhau vereinigt. Nachdem die nothwendigen Vereinbarungen getroffen waren, hat der Herr Minister diese Wahl bestätigt.

Melsungen, ein Städtchen von 4000 Einwohnern, liegt an der Fulda und ist Station der Hauptbahn von Cassel nach Bebra. Das Terrain selbst liegt auf dem Stadtberg 380 Meter hoch und ist vom Bahnhof in 20 Minuten zu erreichen. Fester Baugrund, schöner, reicher Waldstand, genügender Schutz und eine herzerquickende Aussicht in das Fuldathal sind die Hauptvorzüge. Wasser kann wahrscheinlich durch zwei höher gelegene Quellen in genügender Menge erzielt werden. Ueberdies ist noch eine Wasseranlage von der Stadt Melsungen selbst in Aussicht genommen, die nöthigenfalls selbst zur Benutzung heranzuziehen ist. Staub, Dampf und Russ erzeugende Fabrikanlagen sind nicht vorhanden. Nach Lage und Beschaffenheit ist der Melsunger Stadtwald ein idealer Platz zur Anlage einer Lungenheilstätte.

Der in Schreiberhau gewählte Platz liegt am Moltkefelsen in Niederschreiberhau, über 600 Meter hoch. Trotz dieser Höhe liegt der in Aussicht genommene Platz so geschützt, dass die Kommission, die an einem kalten Wintertage die Gegend bereiste, überrascht war. Der Bauplatz liegt in der Nähe der bereits im Bau begriffenen Bahn von Petersdorf zur österreichischen Landesgrenze und wird vom Bahnhof etwa in 10 Minuten zu erreichen sein. Entfernt von der Landstrasse macht sich die reine und kräftigende Luft von Schreiberhau hier besonders geltend. Die Aussicht auf den Kamm des Riesengebirges und ins Thal ist überwältigend schön.

Als ein glücklicher Gedanke muss es bezeichnet werden, dass die Verwaltung in Aussicht genommen hat, die Heilstätten, soweit sie nicht von den Mitgliedern der Pensionskasse belegt sind, auch für die Beamten der preussischen Staatsbahnen nutzbar zu machen. Angesichts der Schwierigkeit, letztere unterzubringen, würde eine solche Vereinbarung besonders dankbar begrüsst werden.

Die Errichtung der beiden Lungenheilstätten bedeutet nicht nur einen grossen Fortschritt der Eisenbahnhygiene, sondern es wird auch durch das Zusammenwirken verschiedener Umstände in hervorragendem Masse die Möglichkeit gegeben, über den Werth der Lungenheilstätten zu einem sicheren Urtheil zu gelangen. Die Beamten und Arbeiter der preussischen Staatsbahnen sind gesundheitlich und nach ihren sozialen Verhältnissen ausgesuchte Leute. Während der ganzen Dienstzeit unterliegen sie einer Disziplin, welche grössere Ausschreitungen kaum zulässt, ihr Gesundheitszustand steht fast ununterbrochen unter der Beobachtung geschulter Bahnärzte, denen auch die Gutachten über eine etwaige Heilstättenbehandlung obliegen. Auch nach ihrer Entlassung aus den Heilstätten treten sie in denselben Dienstzweig oder bleiben falls sie nicht wieder erwerbsfähig werden, auch als Rentenempfänger meistens an demselben Orte. Das ganze Verhältniss der Eisenbahnarbeiter gleicht dem eines Beamten und wird fast niemals aufgegeben, sondern ist in der That eine Lebensstellung. In die hierdurch ermöglichte Beobachtung des physischen Gesundheitszustandes fügen sich die Lungenheilstätten, welche die Verwaltungen der preussischen Staatsbahnen selbst errichten, als schliessendes Glied ein und werden dadurch in kurzer Zeit ein sicheres Urtheil in demselben Masse gestatten, wie es annähernd nur noch bei der Armee der Fall ist.

Traumatische tuberkulöse, gonorrhoische oder deformirende Gelenkentzündung?

Von

Dr. Golebiewski-Berlin.

Im Nachstehenden möchte ich über einen Fall berichten, bei dem nach einer Kontusion des rechten Kniegelenks in wenigen Monaten eine Arthritis deformans zuerst im verletzten Knie und kurz darauf im Fussgelenk derselben Extremität zur Entwickelung kam. Der Fall bietet in medizinischer Beziehung sehr viel Interesse und verdient daher veröffentlicht zu werden, umsomehr, da er im Laufe der Zeit sein Bild veränderte und deshalb von verschiedenen Gutachtern verschieden diagnostizirt worden ist.

Die Geschichte des Falles ist folgende:

Der 29jährige Arbeiter R. stürzte am Donnerstag, den 29. Dezember 1898, Vormittags 11 Uhr von einer 4 m hohen Rüstung.

Der Unfall trug sich in der Weise zu, dass R. beim Abwerfen von Kalk von der Schulter mit dem Fuss ausrutschte, ins Schwanken gerieth und so von der Rüstung herabfiel. Mit dem rechten Knie soll er auf den Boden aufgeschlagen sein. Er arbeitete noch bis Mittag nächsten Tages weiter, ging sodann nach Hause, legte sich zu Bett und machte um sein linkes Knie Umschläge. In der nächsten Woche trat er in ärztliche Behandlung, der Arzt konstatirte einen Gelenkerguss, verordnete zuerst ebenfalls kühlende Umschläge, dann Jodeinpinselungen. Der Verletzte konsultirte den Arzt jedesmal in seiner Sprechstunde. Nach Ablauf der 13wöchent-

lichen Kassenzeit wurde er am 1. April 1899 von mir untersucht.

Das Ergebniss der Untersuchung war folgendes:

Der Verletzte ist ein ziemlich grosser, kräftiger, gesund aussehender junger Mann. Derselbe, angeblich aus gesunder Familie stammend, will bisher nie krank oder verletzt gewesen sein, ausser dass er eine Verstauchung des rechten Unterarms vor ungefähr 5 Jahren erlitten hat, an der er $^1/_2$ Jahr erwerbsunfähig war. Er giebt an, 3 Jahre bei der Kavallerie gedient zu haben und als vollständig gesund vom Militär entlassen worden zu sein. Geschlechtlich will er nie krank gewesen sein. Arbeiten könne er in Folge seines Unfalles nicht, als Unfallsfolgen giebt er Schmerzen im rechten Kniegelenk an sowie „dass er nicht laufen könne."

Objektiver Befund.

Das rechte Knie ist zu beiden Seiten übermässig stark mit Jodtinktur eingepinselt. Das Knie ist auffallend stark geschwollen. Der Oberschenkel scheint ein wenig nach innen verschoben, der Unterschenkel etwas nach aussen rotirt. Der Unterschenkel und der Fuss sind ebenfalls geschwollen. Im aufrechten Stehen tritt das Knie in Beugestellung, deren Winkel 170° beträgt. Das Knie fühlt sich heiss an.

Die Masse sind folgende:

	R.		L.	
Gesässfalte	49	cm	49	cm
Oberschenkel (biceps)	46,0	„	45,5	„
Ueber dem Knie	37,5	„	36,5	„
Knie	39	„	35	„
Wade	35	„	34	„
Ueber den Knöcheln	22,5	„	21	„
Fussgelenk	25,5	„	24	„

Die Muskulatur des Oberschenkels fühlt sich schlaff an.

Das Knie kann vollkommen gestreckt und aktiv bis 85° gebeugt werden, passiv bis 65°. Im Knie bestehen starke Reibegeräusche und ein starker Erguss ins Gelenk.

Demnach handelt es sich um eine Entzündung des rechten Kniegelenks mit starkem Erguss, ödematösen Anschwellungen bzw. atrophischen Störungen im ganzen Bein.

Der Verletzte wurde für völlig erwerbsunfähig und der stationären Behandlung für bedürftig erklärt.

Demzufolge fand er am 22. April 1899 Aufnahme in einer medicomechanischen Heilanstalt seines Wohnortes.

Das in dieser Anstalt unter dem 22. April 1899 ausgestellte Aufnahmeattest lautete folgendermassen:

Das rechte Kniegelenk ist diffus stark verdickt. Der Umfang des rechten Kniegelenks ist 6 cm grösser als der des linken. Im Gelenk besteht ein Flüssigkeitserguss. Bei Bewegungen fühlt man deutlich abnorme Geräusche darin. Der Bandapparat des Kniegelenks ist gelockert. Bei gestrecktem Kniegelenk sind leichte seitliche Bewegungen des Unterschenkels auszuführen. Am rechten Unterschenkel besteht ödematöse Schwellung.

„Völlig erwerbsunfähig."

R. verblieb in dieser Anstalt in stationärer Behandlung bis zum 4. November 1899, also 5 Monate und 12 Tage. Während dieser Zeit war nicht nur keine Besserung, sondern eine Verschlimmerung eingetreten. Nicht nur das Kniegelenk hatte sich verschlimmert, sondern auch das rechte Fussgelenk war, während das Knie im Verband lag, sehr bös erkrankt.

Das von den Anstaltsärzten unter dem 4. November 1899 ausgestellte Schlussgutachten enthielt folgenden Befund:

Das rechte Kniegelenk ist diffus verdickt, der Umfang desselben 3 cm stärker als links, die Haut darüber zeigt normales Aussehen, ist nicht geröthet, ihre Temperatur ist nicht erhöht. Die Schwellung des Knies ist jetzt im Gegensatz zu früher, wo ein starker wässeriger Erguss darin bestand, im Wesentlichen durch Verdickung der Gelenkkapsel bedingt. Der Flüssigkeitserguss im Knie ist durch die hier vorgenommene Punktion mit Ausspülung beseitigt. Die Bewegungen im Knie, von denen nur die extreme Beugung behindert ist, werden schmerzlos ausgeführt, man fühlt dabei starke Reibegeräusche. Der Bandapparat des Knies ist in geringem Grade gelockert, man kann mit dem Unterschenkel gegen den Oberschenkel leichte seitliche Bewegungen ausführen, die Erschlaffung des Bandapparates zeigt sich auch in einer leichten O-Beinstellung des Knies.

Eine Erkrankung von demselben Charakter besteht auch in dem rechten Fussgelenk, dasselbe ist ebenfalls diffus verdickt, die Verdickung wesentlich durch Kapselschwellung bedingt, so dass sich dieselbe neben der Achillessehne deutlich verwölbt. Bei Bewegungen im Fussgelenk, die nur mässig eingeschränkt sind, fühlt man vereinzelte weiche Reibegeräusche. Am Unterschenkel tritt nach längerem Stehen und Gehen noch leichte Schwellung auf. Der Umfang der Oberschenkel (15 cm oberhalb der Kniescheibe gemessen) beträgt rechts 46,0 links 46,0 cm, der grösste Wadenumfang rechts 34,7 links 36,4 cm. Der Gang ist nur leicht hinkend, R. tritt dabei rechts vorwiegend nur mit dem äusseren Fussrande auf.

Das Kniegelenksleiden ist durch die Behandlung gebessert worden, der erhebliche Flüssigkeitserguss ist beseitigt, der Patient kann jetzt längere Zeit ohne besondere Beschwerden umhergehen.

Während der Beobachtung des Leidens in der Anstalt sind wir zu der Ueberzeugung gelangt, dass dasselbe tuberkulöser Natur ist und zwar spricht dafür der objektive Befund, nämlich die mit Lockerung der Bandapparate und mit Unempfindlichkeit des Gelenks einhergehende Kapselschwellung u. s. w., ferner der ganze Verlauf und die Hartnäckigkeit des Leidens, das allen Behandlungsarten trotzt. Wir wollen noch erwähnen, dass nach den Angaben des R. eine Tripper-erkrankung oder eine rheumatische Gelenkaffektion nicht vorausgegangen sind.

Die Fussgelenksentzündung (rechts) ist erst hier in der Anstalt entstanden, während R. im Verbande lag. Sie hat denselben Charakter wie die Kniegelenksentzündung und ist ebenfalls als eine tuberkulöse aufzufassen und durch Verschleppung von Krankheitskeimen aus dem Kniegelenk nach dem Fussgelenk entstanden. Da das Knieleiden in unmittelbarem Anschluss an den Unfall vom 29. Dezember 1898 (Fall aus ca. 4 m Höhe auf die Füsse) entstanden ist, so steht es mit demselben in ursächlichem Zusammenhange. Wenn wir oben angegeben haben, dass das Knieleiden tuberkulöser Natur ist, so ist doch durch die Kontusion beim Unfalle, wie durch vielfache ärztliche Beobachtung anderweitig festgestellt ist, die Veranlassung zur Entstehung des tuberkulösen Prozesses gegeben worden. Wenn auch R. ohne Stock, unter nur leichtem Hinken hier in der Anstalt längere Zeit hintereinander umhergehen konnte, so sind ihm doch selbst leichte Arbeiten, bei denen er längere Zeit zu stehen und zu gehen gezwungen ist, zu widerrathen, um nicht eine Verschlimmerung seines Leidens herbeizuführen. Wir schätzen die zur Zeit bestehende Einbusse an Erwerbsfähigkeit mit Rücksicht auf die gebotene Schonung auf „75 Prozent".

Was die Aussicht auf die völlige Wiederherstellung betrifft, so ist dieselbe bei dem Alter des Kranken und der Natur des Leidens als nicht günstig zu betrachten, es ist sogar eine Verschlimmerung nicht ausgeschlossen.

In letzterem Falle würden wir rathen, den R. einem

Krankenhause zur stationären Behandlung zu überweisen. Eine erneute Untersuchung empfehlen wir nach 5 Monaten.

N. d. 4. 11. 99. Dr. N.
Dr. M.

Um auch ein anderes Urtheil zu haben, liess die Berufsgenossenschaft den R. vom zuständigen Kreisphysikus untersuchen.

Dieser äusserte sich dahin:

R. leidet an starken entzündlichen Veränderungen im rechten Knie- und Fussgelenk. Er kann Arbeit im Gehen und Stehen nicht verrichten, ist wesentlich auf Arbeit im Sitzen angewiesen. Eine wesentliche Besserung ist somit nicht eingetreten.

Es ist im Gegentheil jetzt wieder Erguss im Kniegelenk vorhanden, der durch die letzte Behandlung beseitigt war. Auch erwecken allerdings der Zustand der Gelenke und der Verlauf den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung. Aufnahme ins Krankenhaus zwecks chirurgischer lokaler Behandlung dürfte deshalb empfehlenswerth sein.

17. April 00. Dr. X.

Am 30. April 1900 wurde der Verletzte zur stationären Behandlung in meine Anstalt aufgenommen. Der Befund an diesem Tage war folgender:

Das rechte Bein sieht gegen früher vollständig verändert aus. Der rechte Oberschenkel ist erschlafft und erscheint durch den Tieferstand der rechten Beckenseite etwas verkürzt. Das rechte Knie ist stark verdickt. Die Subluxationsstellung kommt in derselben Weise zum Ausdruck, wie sie bereits im ersten Gutachten vom 1. April 1899 beschrieben worden ist.

Das rechte Fussgelenk ist hochgradig verdickt und geschwollen. Der Fuss steht in geringer, aber deutlicher Varusstellung.

Das Knie wird leicht gebeugt gehalten in einem Winkel von 165°, das ganze Bein ist etwas abduzirt. Die Entfernung von der Spin. ant. sup. bis zur Grundfläche beträgt, im Stehen gemessen, rechts 94,5 links 97 cm, demnach besteht im rechten Bein eine Verkürzung von $2^1/_2$ cm.

Die Umfangmasse sind folgende:

Gesässfalte	R. 49 cm,	L. 49 cm.
Oberschenkel (biceps)	„ 46 „	„ 46,5 „
Ueber dem Knie . .	„ 37 „	„ 36 „
Knie	„ 38 „	„ 34 „
Wade	„ 32 „	„ 34 „
Ueber den Knöcheln	„ 24 „	„ 20,5 „
Fussgelenk	„ 34,5 „	„ 24,5 „

In der Ruhelage wird das rechte Knie bis zu einem Winkel von 165 Grad gestreckt, gebeugt aktiv bis 70 Grad, passiv bis fast 50 Grad. Leichte Reibegeräusche im Kniegelenk, mässiger Erguss in demselben. Die Bewegungsfähigkeit des Fussgelenks ist wenig behindert. Die Temperatur im Fussgelenk ist etwas erhöht. Der Gang ist nur leicht hinkend, vollständig ohne Beschwerden.

Die Diagnose wurde nun nicht auf tuberkulöse Gelenkentzündung gestellt, sondern auf Arthritis gonorrhoica, aus Gründen, welche nachher noch zur Erörterung kommen.

Die Therapie bestand in lokalen Dampfbädern, Massage, Faradisation und Apparatübungen.

Der Verletzte blieb in der stationären Behandlung meiner Anstalt bis znm 17. Juni 1900, an welchem Tage er wegen ungebührlichen Betragens entlassen werden musste. Da eine Besserung bis zu einer gewissen Grenze erzielt war, wurde angenommen, dass bei fortgesetzter Behandlung auch eine weitere Besserung erzielt worden wäre. Da nun ferner, bei der Annahme einer gonorrhoischen Arthritis, die Erkrankung des Fussgelenks als nicht mit dem Unfall zusammenhängend angenommen wurde, ist die durch fortgesetzte Behandlung zu erwartende Besserung auf 20 Prozent Invalidität im Einverständniss mit der Berufsgenossenschaft geschätzt worden.

Das Entlassungsgutachten vom 17. Juni 1900 hier im Wortlaut wiederzugeben, ist überflüssig, weil der hier niedergelegte Befund im Wesentlichen ganz derselbe ist, wie der vom 30. April 1900. Nur soviel mag aus diesem Gutachten erwähnt werden, dass, als ich gelegentlich diesen Fall einem mir bekannten Chirurgen zeigte, der viel gonorrhoische Gelenkentzündungen gesehen hat, dieser sofort auf den ersten Blick sagte, hier handelt es sich um Arthritis gonorrhoica.

Gegen den ihm zugegangenen Bescheid legte der Verletzte am 7. Juli 1900 Berufung beim Schiedsgericht ein und wurde er von diesem zur Begutachtung einem namhaften Chirurgen, Herrn Professor K. überwiesen, welcher, als chirurgische Autorität mit an der Spitze steht. Vorher wurde der Verletzte auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft am 25. August 1900, noch einmal von dem zuständigen Kreisphysikus untersucht. Dieser erklärte, ohne auf die Art der Erkrankung und die Diagnose einzugehen, den Verletzten für 60 Prozent erwerbsunfähig.

Professor K. drückt sich nun in seinem Gutachten zum Schluss wörtlich folgendermassen aus:

Wohl selten liegt ein Krankheitsfall für den Sachverständigen so klar in seiner Entstehung und in seinen klinischen Erscheinungen als der vorliegende. Ganz unzweifelhaft handelt es sich um das Auftreten einer deformirenden Gelenkentzündung (Arthritis deformans) zunächst in dem verletzten und dann in einem zweiten, hier dem verletzten naheliegenden Gelenk. Unter deformirender Gelenkentzündung versteht man eine Gelenkerkrankung, welche gleichzeitig an der Gelenkkapsel und den Gelenkenden, letztere deformirend, auftritt. In der Kapsel, welche alsbald anschwillt, zuweilen zungenförmige, wuchernde Zotten treibt und knorplig knöcherne Fremdkörper bildet, entwickelt sich ein Erguss. Der Knorpel fasert sich an bestimmten Stellen auf und schwindet in Folge des Reibens der Gelenkflächen bei der Bewegung. Dann stehen sich die knorpelfreien Knochen gegenüber und bewegen sich mit Geräuschen. Gleichzeitig aber bilden sich eigenthümlich geformte Knorpelknochenbildungen am Rande der Gelenkenden, sie überragen das Gelenk und treten als harte Körper seitlich an den Gelenken hervor. Durch alle diese Ereignisse entsteht mit der Zeit ein in seiner Form, wie in seinem Mechanismus durchaus verändertes, ein deformes Gelenk. Wenn man R.'s Gelenk untersucht, so findet man neben den Erscheinungen von Kapselschwellung und mässigem Erguss, eigenthümlich harte, knochenharte Geschwülste, welche sich seitlich am Unter- und Oberschenkelknochen, am Rande des Gelenktheils derselben ansetzen. Lässt man Bewegungen mit dem Knie machen, so fühlt und hört man knirschende Bewegung und Geräusche. Gleichzeitig sieht man, dass die Bewegung in veränderten Bahnen sich bewegt. Ganz Analoges gewahrt man am Fussgelenk und für den Zweifler ist das Röntgenbild, welches die veränderte Form der Gelenkfläche, wie die erheblichen Knochenwucherungen am Rande der knöchernen Gelenkfläche zeigt, ohne Weiteres beweisend.

Die deformirende Gelenkentzündung tritt mit Vorliebe in Gelenken auf, welche, nachdem eine Verletzung stattgefunden hat, nicht in der gehörigen Weise, durch Verband, durch ruhige Lage, geschützt wurden.

Gerade am Kniegelenk sind solche Beziehungen der Gewalteinwirkungen zu der fraglichen Krankheit oft beobachtet worden. Aber man weiss auch, dass, wenn nur an dem einen verletzten Gelenk die Krankheit aufgetreten ist, sie sich in der

Folge auch in einem anderen Gelenk, oder wohl auch in mehreren entwickelt.

Es besteht also ein unzweifelhafter Zusammenhang zwischen dem Unfall, welcher die Verletzung am Knie hervorrief, und der Arthritis deformans im Kniegelenk. Aber es besteht auch mittelbar ein Zusammenhang zwischen der, nach der Verletzung aufgetretenen Arthritis deformans im Knie, und der gleichartigen Erkrankung im Fussgelenk. Die Krankheit ist, wenn erst Knorpel- und Knochenveränderungen eingetreten sind, nicht mehr heilbar, sie nimmt im Gegentheil fortwährend zu, das Gelenk wird nach Jahren immer schlimmer, immer deformer.

Man kann an der unteren Extremität den Prozess aufhalten und in gute Bahnen lenken, wenn man dem Patienten einen Schutzapparat für seine Gelenke tragen lässt. Zu der Beschaffung eines solchen wäre also entschieden zu rathen.

Heute geht und steht der Kranke noch verhältnissmässig gut. Ich bin daher der Meinung, dass er um ca. 50 Prozent seiner Arbeitsfähigkeit geschädigt ist. —

Das Schiedsgericht hat nun auch dementsprechend entschieden und dem Manne eine Rente von 50 Prozent bewilligt. Darauf, dass der Mann durch ungebührliches Betragen vorsätzlich eine gedeihliche ärztliche Behandlung unmöglich gemacht hat, ist im Schiedsgericht keine Rücksicht genommen worden. Ob von Seiten der Berufsgenossenschaft oder des Mannes Rekurs eingelegt worden ist, ist mir nicht bekannt. Es ist dies schliesslich auch nur Nebensache.

Die Hauptsache ist vielmehr die medizinische Seite des Falles.

An der Richtigkeit der Diagnose Arthritis deformans wird man jedenfalls nicht zweifeln können, um so weniger, als Prof. K. nicht nur als Chirurg, sondern auch als Sachverständiger auf dem Gebiete der Gelenkkrankheiten sich eines hervorragenden Rufes erfreut. Wenn aber Prof. K. in seinem unter dem 5. November 1900 erstatteten Gutachten mit apodiktischer Sicherheit die Diagnose auf Arthritis deformans stellen konnte, während etwa 1 Jahr vorher von den Anstaltsärzten der mediko-mechanischen Heilanstalt und kurze Zeit darauf vom Kreisphysikus Tuberkulose, einige Monate später von mir Arthritis gonorrhoica diagnostizirt wurde, so drängt sich unwillkürlich die Frage auf, wie kommen die einzelnen Begutachter zu den verschiedenen Diagnosen, wie wollen sie ihre und zwar jeder seine Diagnose begründen. Das Laienpublikum, zu dem auch trotz der bisher gesammelten Erfahrungen der Vorsitzende des Schiedsgerichts gezählt werden muss, wird sich natürlich sagen: Da haben sich mal wieder so und so viele Aerzte gründlich blamirt. Aber ein erfahrener und einsichtsvoller Richter wird sich doch sagen müssen, dass hier unbedingt noch andere Umstände vorhanden gewesen sein müssen, die zu der Verschiedenheit der Diagnose geführt haben. Man darf hier nicht die wichtige und doch immerhin etwas seltene Thatsache aus dem Auge verlieren, dass die Erkrankung nach dem Unfall zuerst am Knie und dann am Fuss, in ganz kurzer Zeit bei einem noch jugendlichen und kräftigen Manne sich entwickelt hat und dass somit das Krankheitsbild im Laufe eines Jahres sich sehr veränderte, so dass es bei der jedesmaligen Begutachtung ein anderes war.

Fragen wir uns zunächst in wie weit die Diagnose: Tuberkulöse Entzündung des Knie- und Fussgelenks berechtigt war. Zur Begründung dieser Diagnose wird in dem Gutachten der Anstaltsärzte DDr. N. und M. angeführt: „die Lockerung der Bandapparate, die mit Unempfindlichkeit des Gelenks einhergehende Kapselschwellung, ferner der ganze Verlauf und die Hartnäckigkeit des Leidens, das allen Behandlungsarten trotzt.“

Es fragt sich nun; kann man aus diesen hier angeführten Symptomen allein schon auf tuberkulöse Gelenkentzündung schliessen? Wohl kaum. Allerdings muss hier auch der visus eruditus des erfahrenen Arztes in die Wagschale fallen, der mit den Worten, der ganze Verlauf und die Hartnäckigkeit des Leidens, das allen Behandlungsarten trotzt, angedeutet worden ist.

Wenn aber ein kritischer Massstab an Gutachten in Unfallversicherungssachen angelegt wird, dann müssen wir doch sagen, dass in einem Gutachten Ausdrücke, wie die soeben zitirten, für die Diagnose nicht genügen und dass im vorliegenden Falle die Anstaltsärzte N. und M. und der Kreisphysikus X. nicht berechtigt waren, die Diagnose auf tuberkulöse Gelenkentzündung zu stellen. Denn die Gelenktuberkulose ist fast ausschliesslich eine sekundäre und metastatische Erkrankung, welche von älteren tuberkulösen Erkrankungen der Lungen, der Lymphdrüsen oder anderen Organen ausgeht. Oder aber die Gelenktuberkulose entsteht tertiär, indem eine tuberkulöse herdförmige Ostitis der Umgebung auf das Gelenk übergreift. Primär und ideopathisch kommt die Gelenktuberkulose nur ausnahmsweise, jedenfalls viel seltener als die erstere vor.

Klinisch stellt sich das Bild der Gelenktuberkulose folgendermassen: Das Gelenk ist geschwollen, hat ein kugelrundes oder mehr spindelförmiges Aussehen.

Die Haut ist weiss, zart, dünn, sieht elfenbeinfarben aus, ist atrophirt.

Die Temperatur ist entweder garnicht oder doch nur in ganz geringem Grade erhöht. (Tumor albus, kalter Abscess.)

Das Gelenk steht in mehr oder weniger ausgesprochener Kontrakturstellung und ist mehr oder weniger steif, es kann zwar gebeugt, aber nur mangelhaft, jedenfalls nicht vollständig gestreckt werden.

Die Muskulatur, welche mit dem Gelenk in Verbindung bindung steht, ist abgemagert. Die ganze Extremität ist in der Leistungsfähigkeit beschränkt.

Bezüglich der Anschwellung sei noch erwähnt, dass dieselbe eigenthümlich teigig, weich elastisch oder derb ödematös ist.

Das pathologisch-anatomische Bild ist folgendes:

In den seltenen leichten Fällen, die noch im ersten Stadium der Erkrankung in Heilung übergehen, findet man bei Gelenktuberkulose einen sero-fibrinösen Erguss. Meist aber kommt es nicht zur Heilung, sondern es kommt zur Organisation und Vaskularisation der tieferen Schichten der Pseudomembran, während sich gegen die Gelenkhöhle zu, die ausserdem ein flüssiges, helles oder fleckiges Exsudat einschliesst, fortwährend nur Fibrinschichten auflagern. In der organisirten Pseudomembran sieht man gleichzeitig Eruption zahlreicher Tuberkelknötchen, welche durch ihre Neigung zur Konfluenz, sowie zur Verkäsung sich auszeichnen. Die so zusammengesetzten schwammigen Wucherungen kleiden die Innenfläche des Gelenks mehr oder weniger aus und sind im Wesentlichen die Wirkungen eines superfiziellen infektiösen Prozesses. Im weiteren Verlaufe der Entzündung kommt es zur Zerstörung und Einschmelzung des Gelenkknorpels, sowie der adnexen Knochentheile. Das Granulationsgewebe, welches auch den Knorpel überdeckt, wirkt auf denselben usurirend und arrodirend; nach der Zerstörung des Knorpels greift der Prozess auf den Knochen über und es kommt zu ähnlichen Zerstörungen, wie bei der primären tuberkulösen Ostitis. In der Gelenkhöhle selbst findet sich in diesem Stadium meist ein dünnflüssiger, eiterähnlicher Inhalt, der wenig Eiterkörperchen, zahlreiche Zerfallsprodukte, Detritus und Tuberkelbazillen in geringer Zahl enthält. In weiterer Folge kommt es zur Fistelbildung und zur Entleerung des Eiters nach aussen.

Die tuberkulöse Gelenkentzündung zeichnet sich durch einen langsamen, schleichenden Verlauf aus, entwickelt sich auch nach Traumen im Anschluss an eine Synovitis, besonders dann, wenn der Kranke sich nicht genügend schont und das erkrankte Gelenk übermässig anstrengt. Die Gelenktuberkulose kommt in jedem Alter vor, vorwiegend aber bis zum 20. Lebensjahr. Sie tritt in der Regel monartikulär auf, selten in mehreren Gelenken.

Hier im Falle R. entwickelte sich die Entzündung des Kniegelenks nach einer Kontusion, im Anschluss an die Synovitis. Das Gelenk war geschwollen, anfangs in der Temperatur sehr, später wenig erhöht, das Knie stand in geringer Beugestellung und in geringer Abduktion. Das Fussgelenk erkrankte allmählich. Es zeigte bereits 3 Monate nach dem Unfall eine leichte, 3 Monate später eine sehr starke Anschwellung. Die Schmerzhaftigkeit war gering.

Dies Alles könnte für Tuberkulose sprechen.

Gegen Tuberkulose aber sprechen folgende Symptome und Thatsachen:

R. war von Hause aus gesund, stammte aus gesunder Familie, war 3 Jahre Soldat. Lungen waren gesund, nichts fand sich bei ihm, was den Verdacht auf latente tuberkulöse Erkrankung stützen könnte.

Das Knie- bezw. Fussgelenk waren nicht kugelrund oder spindelförmig aufgetrieben, die Anschwellung der Kapsel war keine teigige, weichelastische oder ödematöse, beide Gelenke waren geröthet, in der Temperatur sogar etwas erhöht, die Haut nicht atrophirt, nicht blass und elfenbeinfarben, eine Steifigkeit war nicht im Geringsten vorhanden, die Muskulatur war zwar erschlafft, aber in kaum nennenswerthem Masse atrophirt, jedenfalls bei weitem nicht so, wie man es bei einer tuberkulösen Gelenkentzündung hätte erwarten müssen, schliesslich war die Leistungsfähigkeit der ganzen Extremität auch bis zum November 1900 eine sehr gute geblieben. —

Nun die gonorrhoische Gelenkentzündung. König hält die Gelenkerkrankungen der Gonorrhoe für die häufigsten aller Arthritiden. (Vergl. Deutsche med. Wochenschrift 1896, No. 47.) In ähnlichem Sinne äussern sich auch Nasse, Benecke u. A. Benecke hält jede akute Gelenkentzündung bei einem Menschen, der an Gonorrhoe leidet oder gelitten hat, für dringend verdächtig des gonorrhoischen Ursprunges. Nun ist es ja oft schwer, bei vielen Patienten festzustellen, ob sie früher an Tripper gelitten haben. Bestritten wird es meist; die Untersuchung des Urins und der Gelenkflüssigkeit lassen oft im Stich. Nun bietet ja wohl die gonorrhoische Gelenkentzündung gewisse chrakteristische Merkmale, so dass man schon aus den klinischen Symptomen allein meist die richtige Diagnose stellen kann. Auch hat man ja das früher thun können, als man den Gonococcus noch nicht kannte. Nichtsdestoweniger sind Irrthümer nicht ausgeschlossen und zwar weniger in den Anfangsstadien bei der einfachen hydropischen*) Form, wo es sich vielleicht um Verwechslung mit akutem Gelenkrheumatismus handeln könnte, als in den späteren Stadien der phlegmonösen Form, wo das Gelenk bereits versteift ist und eine deforme Gestalt angenommen hat.

Ist letzteres aber der Fall, dann bietet das klinische Bild kaum einen eigentlichen Unterschied mehr zwischen der Arthritis deformans und der Arthritis gonorrhoica phlegmonosa. Hier könnte nur der pathologische anatomische Befund zwischen beiden Arten der Gelenkerkrankung entscheiden. Aber auch dies ist nicht immer möglich, wie nachher noch gezeigt werden soll.

Die hydropische Form verläuft gewöhnlich fieberlos und ohne Schmerzen. Dabei ist das Gelenk stark geschwollen, es besteht ein starker Erguss. Die Bewegungsfähigkeit ist an und für sich gar nicht, höchstens durch die Gelenkfüllung etwas eingeschränkt. Dies traf alles bei unserem Fall R. zu, als ich ihn zum ersten Male untersuchte.

Bei der serofibrinösen Form kann die Temperatur des Gelenks mässig erhöht sein, aber auch hier ist die Schmerzhaftigkeit gering. Die verdickte Kapsel lässt sich an den Umschlagstellen durchfühlen. Dies war bei der späteren Untersuchung des R. der Fall.

Bei der phlegmonösen Form verdickt sich die ganze Gelenkgegend, die Konturen sind verstrichen, die Haut geröthet, die Umgebung geschwollen, das Gelenk ist schmerzhaft, es kommt zu Subluxationen, wobei beim Knie die Tibia nach hinten subluxirt wird und eine Valgusstellung sich ausbildet. Schliesslich kommt es zu Versteifungen und Verwachsungen im Gelenk in einer Weise, wie es bei anderen Gelenkentzündungen nicht vorkommt. Dies war nun bei R. nicht der Fall. Wohl aber standen Knie- und Fussgelenk in Subluxation, die Gelenke waren geröthet, das ganze Bein geschwollen.

Die gonorrhoische Gelenkentzündung kommt meist monartikulär, manchmal aber auch polyartikulär vor. Aber niemals werden so viele Gelenke wie beim akuten Gelenkrheumatismus befallen, auch fehlt der gonorrhoischen Gelenkentzündung der sprunghafte Wechsel von einem Gelenk zum andern.

Bei unserem Fall R. war zuerst das Knie- dann das Fussgelenk befallen. Ob R. früher an Gonorrhoe gelitten, war nicht zu ermitteln. Seinen Angaben war jedenfalls nicht viel zu trauen, da er sich als ein Unfallkranker von der schlimmsten Sorte entpuppte, für den der Ausdruck Strolch noch sehr milde war.

Dass mich unter diesen Umständen die Diagnose auf gonorrhoische Gelenkentzündung vollkommen befriedigt hätte, kann ich nicht sagen. Die ersten Röntgenbilder, die ich von dem Verletzten anfertigte, liessen eine exakte Deutung nicht zu, weil R. bei der Röntgenaufnahme nicht ruhig lag und die Bilder daher misslangen. Als aber die Röntgenaufnahmen zum zweiten Male kaum gemacht worden waren und ehe ich dazu kam, mir die Negative anzusehen, beschleunigte der Mann seine gewaltsame Entlassung aus der Anstalt. Auf diese Röntgendiagnose komme ich noch zurück.

Es waren aber jedenfalls genügend Gründe vorhanden, welche für die Arthritis gonorrhoica sprachen und zu der Diagnose berechtigten, trotzdem die Diagnose für Gonorrhoe keinen Anhalt ergab.

Es erübrigt noch, hier etwas über die deformirende Gelenkentzündung hinzuzufügen. Vieles ist ja schon in dem von Professor K. ausgestellten Gutachten gesagt worden.

Wenn nun auch als feststehend angesehen wird, dass die Arthritis deformans in jedem Lebensalter vorkommen kann (was übrigens von vielen Seiten, so auch von Schüller bezweifelt wird, der z. B. diese Arthritiden im Kindesalter für Arthritis chronica villosa*) hält, so weiss man doch aus alter Erfahrung, dass sie am häufigsten im höheren Mannesalter anzutreffen ist.

Schüller nimmt die Altersperiode von 50—80 Jahren als diejenige an, in welcher Arthritis deformans am häufigsten

*) Ich folge hier der Eintheilung der gonorrhoischen Gelenkentzündungen nach König (citirt bei Benecke, die gonorrhoische Gelenkentzündung etc., Berlin 1899, Verlag von August Hirschwald), welcher unter Zugrundelegung des pathologisch-anatomischen Befundes folgende vier Formen angenommen hat: 1. den Hydrops, 2. die serofibrinöse Entzündung, 3. das Empyem, 4. die phlegmonöse Entzündung.

*) Polyarthritis chronica villosa und Arthritis deformans, von Professor Dr. Max Schüller, Verlag von August Hirschwald, Berlin 1900.

auftritt. Die Art der Beschäftigung, häufige Traumen, Durchnässungen u. ä. Ursachen werden hierfür als Gründe angeführt. Aber auch eine einmalige schwere Verletzung, eine Fraktur in oder in der Nähe des Gelenks, eine Kontusion oder Distorsion können eine Arthritis deformans herbeiführen, oder besser gesagt, ihre Entwickelung beschleunigen. Ich habe die Entwickelung der deformirenden Gelenkentzündung am häufigsten nach Distorsionen mit zurückgebliebenen Subluxationen sich entwickeln sehen. Aber auch wenn im Anschluss an ein Trauma die Entwickelung der deformirenden Gelenkentzündung beobachtet worden ist, so hat es sich doch gewöhnlich um ältere Personen, mindestens jenseits des 40. Lebensjahres gehandelt. Es ist demnach sicher ungewöhnlich, wenn der 28 jährige Arbeiter R., welcher bis zu seinem Unfall stets gesund gewesen sein will, nach der Kontusion des Kniegelenks zwar allmählich, aber doch in relativ sehr kurzer Zeit an Arthritis deformans, erst des Kniegelenks und, während er im Verbande lag, des Fussgelenks erkrankte. Gegenüber den vielen Fällen, bei denen die Entwickelung der Arthritis deformans Jahre und sogar Jahrzehnte braucht, ist die rapide Entwickelung bei R. in so kurzer Zeit auffallend. Auffallend ist auch die schnelle Aufeinanderfolge vom Knie- auf das Fussgelenk. Wie dem nun auch immer sein mag, es handelt sich hier im Falle R. um eine traumatische deformirende Entzündung des rechten Kniegelenks und um eine mit dem Trauma im unmittelbaren Zusammenhange stehende deformirende Entzündung des rechten Fussgelenks.

Hierfür spricht sowohl der klinische Befund, als auch wird durch die Röntgenaufnahme der Beweis für diese Diagnose erbracht. Schüller behauptet zwar, dass der Röntgenbefund nicht ausschlaggebend für die Diagnose der Arthritis deformans sei, ich möchte mich aber in dieser Beziehung dem Gutachten des Herrn Prof. K. anschliessen.

Denn der Röntgenbefund ergab:

1. Bild Knie-Frontalansicht. Die Kniebeuge lag auf der Platte.

Man sieht zunächst die starke, fast schwammige Anschwellung der Weichtheile des Kniegelenks. Beide Unterschenkelknochen gehen schräg vom Oberschenkel ab und zwar so, dass nach unten zu der Unterschenkel sich der Mittellinie des Körpers nähert und so deutlich die o-förmige Verkrümmung des Kniegelenks zu Tage tritt. Der Cond. int. tib. sieht wesentlich verkleinert zu dem Cond. ext. aus. An dem Rande des Condyl. int. tib. sieht man eine rundliche Knochenbildung sitzen etwa von der Grösse eines Zehnpfennigstückes. An beiden Seiten der Oberschenkelkondylen sieht man ebenfalls ganz kleine spitze Knochenneubildungen, von denen der an der äusseren Seite die Neigung zeigt, sich vom Gelenkknorren zu entfernen, aber mit diesem noch zusammensitzt. Die Konturen der Ober- und Unterschenkelkondylen kommen sehr unscharf zum Vorschein, obwohl das Bild sonst scharf ist.

2. Bild. Profilansicht.

Hier sieht man die Kniescheibe etwas auffallend hoch und mit der unteren Spitze sehr nahe dem Oberschenkel anliegend. Die untere Spitze lässt eine deutliche, wenn auch noch kleine Knochenneubildung erkennen. Die Condylen lassen hier auch deutlich, wenn auch kleine, wolkige Neubildungen fast ringsherum erkennen.

3. Bild. Ansicht des Knöchelgelenks, Frontalansicht. Der Fuss lag mit dem Fersenhöcker auf der Platte.

Man sieht Knochenneubildungen um den inneren Knöchel, unterhalb desselben, unter der Spitze des äusseren Knöchels. Das kranke Bein ist mit den Knöcheln sehr deutlich lateralwärts verschoben. Die Weichtheile ringsherum sind stark aufgetrieben und von schwammigen Neubildungen erfüllt.

4. Bild. Profilbild des Fusses.

Während das Fersenbein noch eine Struktur erkennen lässt, ist dieselbe am Sprungbein nicht mehr zu sehen. Das Sprungbein ist deutlich subluxirt, zwischen Sprungbein, Fersenbein und Würfelbein sind die Zwischenräume verhältnissmässig gross. An dem vorderen Rande des Schienbeins, zwischen diesem und Sprungbein, sieht man deutliche Knochenneubildungen, ebenso findet man solche bei dem nach hinten verlagerten äusseren Knöchel; ferner sieht man, dass zwischen Sprungbein und Würfelbein sowohl als auch zwischen diesem und Würfelbein die Ränder genannter Knochen deutliche liniirte Abtrennungen dieser Theile erkennen lassen. —

Eine wichtige, bis jetzt jedenfalls noch nicht endgültig entschiedene Frage ist die der Aetiologie der Arthritis deformans.

Schüller fand im Harn der an Arthritis deformans erkrankten Patienten stets eine auffallende Verminderung der Kalksalze. Es ist ihm auch gelungen auf histochemischem Wege den Kalk im Knorpel in oxalsauren Kalk umzuwandeln und diesen im Knorpel nachzuweisen. Am entkalkten Knorpel fand er in den sogenannten „Erweichungsgängen“, an den Zerklüftungsstellen, welche den Knorpel senkrecht zur Oberfläche durchsetzen, aber auch parallel derselben gefunden werden, die charakteristischen, oxalsauren Krystalle, oft dick bestreut.

Demnach ist die Arthritis deformans eine Stoffwechsel-Krankheit. An einer anderen Stelle seiner citirten Arbeit sagt Schüller, dass sich die monartikuläre Arthritis deformans an eine Gelenkverletzung, besonders an eine Gelenkfraktur anschliesse.

Nun macht aber Schüller einen wesentlichen Unterschied zwischen der Polyarthritis chronica villosa und der Arthritis deformans, welcher darin besteht, dass bei ersterer vorwiegend die Synovialis erkrankt und zur Zottenbildung führt, bei letzterer der Knorpel.

Andere Autoren machen den Unterschied nicht und auch Prof. K. hat ihn in dem über R. abgegebenen Gutachten nicht gemacht, vielmehr kommen bei R. beide Momente zusammen, die Zottenbildung und die Knorpelerkrankung.

Nehmen wir aber als Ursache der Arthritis deformans eine Stoffwechselstörung an, so ist damit auch noch nicht die Aetiologie erschöpft. Denn es muss doch noch eine Grundursache geben, welche die Störung des Stoffwechsels verursacht, wenn solche noch nicht schon vorhanden war.

Solch ein Grund wird sich sicher, ganz abgesehen von der Konstitution, Ernährung und dem Beruf, der Bodenbeschaffenheit der Gegend u. s. w. finden lassen, wenn wir danach forschen. Ich möchte hier nur drei Beispiele aus meiner Praxis anführen. Ich behandle z. Zt. u. A. drei Fälle an Arthritis deformans, die eine ganz verschiedene Grundursache haben.

Ein 34jähriger Maler, angeblich bisher stets gesund, zieht sich am 27. Juli 1900 eine Distorsion des linken Kniegelenks zu, mit der er zu Anfang sehr viel, wenn auch mit Unterbrechungen, gearbeitet hat. Jetzt ist die Arthritis deformans deutlich nachweisbar. Der Mann behauptet nie an Bleikolik gelitten zu haben. Aber er hat einen sehr starken Bleisaum an den Zähnen, leidet viel an Kopfschmerzen und hat einen starken Tremor, den man wohl, da Potatorium nicht vorliegt, als Tremor saturninus bezeichnen muss, umsomehr, da der Mann noch andere Zeichen von chronischer Bleivergiftung darbietet.

Im 2. Fall handelt es sich um eine beginnende Arthritis deformans des linken Kniegelenks nach einer im Jahre 1894

erlittenen Distorsion, bei einem 56jährigen Steinträger. Hier konnten keine anderen Ursachen als häufige Verletzungen und unzweckmässige Ernährung gefunden werden. Der Mann ist starker Potator.

Der 3. Fall betrifft einen 28jährigen Assessor, welcher im Juni 1900 beim Tennisspielen mit dem rechten Fuss umknickte. 9 Monate vorher hatte er eine Gonorrhoe überstanden, an der er 3 Monate gelitten.

Dass eine Gonorrhoe schliesslich, wenn auch indirekt, zur Arthritis deformans führen kann, scheint mir u. A. auch aus einem Aufsatz von König hervorzugehen, welcher sagt: Ausgezeichnet sind diese Erkrankungen (die gonorrhoischen Gelenkentzündungen) in der Regel dadurch, dass die Ergüsse nur mässig, während die Erkrankung des Bandapparates, oft auch des Knorpels im Vordergrund der Bilder steht, so dass die Gelenke bald in Kontrakturstellung kommen, dass sie atrophisch deform werden, ja dass sie ankylosiren.*)

Ueber Verletzungen des Kniegelenks, speziell den Haemarthros genu und dessen Behandlung.

Von
Dr. H. Sarfert-Berlin,
Dirig. Arzt der Unfallstation X.

Die Emanation des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 und die damit Hand in Hand gehende staatliche Fürsorge für Unfallverletzte hat uns Aerzte in die Nothwendigkeit versetzt, Verletzungen vielfach, wenn ich so sagen darf, mit ganz anderen Augen zu betrachten.

Ist eine Wunde oder eine Verletzung geheilt, so fällt damit in der Regel zeitlich die volle Funktionsfähigkeit des betroffenen Organes zusammen, aber nicht immer. Ein gebrochenes Bein, ein gebrochener Arm zum Beispiel, braucht zu seiner „Heilung“ etwa 6 Wochen, so steht es in den Lehrbüchern und in unkomplizirten Fällen kann man damit wohl auch auskommen.

Den staatlichen Organen (Berufsgenossenschaften) und dem Arbeiter ist aber nicht sowohl darum zu thun, zu wissen, dass er „geheilt“, sondern dass er arbeits- und erwerbsfähig ist. Das ist scheinbar alles dasselbe, aber doch zwingt uns die tägliche Erfahrung, genau zu unterscheiden. Die Wiederherstellung der vollen Gebrauchsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit vom Zeitpunkte der „Heilung“ ab gerechnet, bedarf sehr häufig einer viel längeren Zeitdauer, als jener Zeitraum ist, welcher vom Moment der Verletzung bis zur erfolgten „Heilung“ verstreicht.

Durch die Krankenkassen, mehr noch durch die Berufsgenossenschaften wird uns nahe gelegt, diese Zeit zu verkürzen, zu verhüten, dass aus einem brauchbaren Arbeiter ein unzufriedener Rentenempfänger werde, und kein Mittel zu verabsäumen, das geeignet ist zur Erreichung dieses Ziels.

Naturgemäss fehlt es nicht an Bestrebungen, Schädigungen vorzubeugen, welche z. B. die lange Immobilisation verletzter Extremitäten mit sich bringt — ich rechne hierzu die frühzeitige Vornahme von aktiven und passiven Bewegungen bei in der Ausheilung befindlichen Phlegmonen, ferner die ambulante Behandlung von Unter- (und Ober-) Schenkelbrüchen mit Gypsverbänden u. a. m.

Gerade Verletzungen des Knies neigen, wie jedem Praktiker zur Genüge bekannt ist, dazu, sich ausserordentlich in die Länge zu ziehen. Aus der grossen Zahl von Knieerkrankungen resp. Verletzungen, welche am dringendsten derartiger „prophylaktischer“ Massnahmen bedürfen, ihrer aber in der Regel nicht theilhaftig werden, ist der so häufige Haemarthros genus, die Anfüllung des Kniegelenks mit Blut, in Folge eines Traumas, hervorzuheben.

Es ist auffällig, wie häufig sich im Anschluss an Verletzungen ein Bluterguss im Kniegelenk bildet und vorfindet, und verwunderlich, dass er so selten vermuthet, so häufig übersehen wird.

Häufig haben mir gegenüber sehr erfahrene Kollegen sein Vorhandensein bestritten, bis ich sie durch eine Punktion sofort von dem Gegentheil überzeugte. Ich gebe ja zu, dass es mitunter bei kleinen Ergüssen, ferner bei fetten Individuen schwierig sein kann, einen H. mit Sicherheit festzustellen. Aber die Betrachtung der Konturen der Patella, des Streckapparates und der Kondylen des Femur, sowie die Vergleichung mit der Konfiguration des anderen, gesunden Knies, lässt wohl nur ganz selten im Zweifel. Es wird ja leider der Werth topographisch-anatomischer Merkmale und der „Anatomie am Lebenden“ viel zu sehr unterschätzt.

Das veranlassende Moment zum Auftreten einer Blutung ist entweder eine direkte oder häufiger noch indirekte Gewalteinwirkung.

Zu den direkten Gewalteinwirkungen (Kontusionen) gehört u. a. Sturz aus der Höhe aufs Knie, Hufschlag, Abspringen von Schleifsteinstücken oder Holzscheiten von Fräsmaschinen, ferner Dauben explodirender Bierfässer während des Pichens oder übermässiger Entwickelung von Kohlensäure in Gährkellern u. s. w.

Häufiger noch ist der Entstehungsmechanismus ein indirekter, so stellt sich Bluterguss ein nach einer Distorsion des Kniegelenks. Dazu gehört am häufigsten das Herabfallen von einer Leiter und Hängenbleiben eines Beines zwischen den Sprossen, Ausgleiten auf gesprengtem Asphaltpflaster und von einer Bordschwelle, Hängenbleiben mit einem Bein beim Abspringen von in Bewegung befindlichen Fahrzeugen — wozu sich, wie ich jüngst beobachtete, auch noch eine Luxation der Hüfte gesellen kann.

Lässt man sich den Hergang von der verletzten Person genau beschreiben, so kann man meist feststellen, dass entweder eine Hyperextension oder Hyperflexion, häufiger aber noch eine Rotation im Kniegelenk stattgefunden hatte, so zwar, dass der Unterschenkel und Fuss fixirt war, während der Oberschenkel resp. der Oberkörper eine Rotation um die Längsaxe beschrieb.

Nun enthält aber die Gelenkkapsel, der die Gelenke überziehende Knorpel und die Menisken nur ganz feine Gefässverzweigungen, auch aus den Ligg. cruciata kann eine stärkere Blutung nur für den Fall resultiren, dass sie zerrissen werden, was ja zu den allergrössten Seltenheiten gehört. Wir müssen also annehmen, dass bei den mit Bluterguss einhergehenden Distorsionen gröbere anatomische Läsionen vorliegen, als eine „Zerrung“ der Bänder, wie der landläufige Ausdruck lautet, dass vielmehr der Knochen in Mitleidenschaft gezogen ist.

Die Insertionslinie der Bandapparate sowie der Gelenkkapsel verläuft annähernd in gleicher Höhe wie die Epiphysenlinien von Femur und Tibia, und da sich gerade hier bekanntlich stärkere Gefässknäuel finden, ist es wahrscheinlich, dass die Kapsel einreisst und der Riss, eine Knochenfissur erzeugend, sich bis zur Epiphysenlinie fortsetzt.

Wir finden analoge Verhältnisse bei Abrissfrakturen des Olecranon und des Calcaneus (Triceps- und Achillessehne). Aufschluss darüber können nur ganz eingehende Sektionen

*) Zur Geschichte des sogenannten chronischen Gelenkrheumatismus. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Franz König, Berlin. Therapie der Gegenwart. Dezember 1899.

des Kniegelenks an frischen Leichen mit Haemarthros genus geben, wofür naturgemäss nur selten sich Gelegenheit bietet.

Die Menge des ergossenen Blutes kann eine ausserordentlich variable sein. Sie wird durch verschiedene Umstände beeinflusst. Zunächst ist die Kapazität des Gelenksackes in verschiedenen Lebensaltern und bei verschiedenen Individuen, ja bei demselben Individuum (links und rechts) eine schwankende und wird wesentlich beeinflusst durch Schleimbeutel, die nicht konstant sind und in manchen Fällen mit dem Gelenk kommuniziren, in anderen nicht. Der wegen seines konstanten Vorhandenseins und seiner Grösse wichtigste ist die Bursa subcruralis. Derselbe ist zwischen die Endsehne des Extensor quadriceps und die Vorderfläche des Femur eingeschaltet. Er kommunizirt, bei Kindern seltener, bei Erwachsenen fast regelmässig — in 98 pCt. der Fälle — durch eine mehr oder minder weite Oeffnung mit der Gelenkhöhle und kann als Theil derselben selbst betrachtet werden, wird deshalb auch „oberer Recessus" des Kniegelenks genannt. Ansammlungen von Flüssigkeiten im Gelenk machen sich durch Vorbuchtung dieser Stelle zuerst bemerkbar (vgl. Topographische Anatomie des Menschen von Bardeleben und Haeckel, 1894 Jena, bei Gustav Fischer).

Von Wichtigkeit ist ferner der konstante Schleimbeutel unter der Sehne des M. semimembranosus; er kommunizirt in der Hälfte der Fälle mit dem Kniegelenk und nimmt dann an den Ergüssen des Gelenks theil.

Ein weiterer wichtiger Schleimbeutel ist die Bursa poplitea, zwischen Sehne des Popliteus und der hinteren Gelenkkapsel; da er regelmässig mit dem Gelenk kommunizirt, kann er als eine Ausstülpung des Gelenks betrachtet werden. Da die beiden letzterwähnten Schleimbeutel bereits in der Kniekehle liegen, ergiebt sich von selbst die Nutzanwendung, bei Knieverletzungen auch die Kniekehlenregion einer genauen Inspektion zu unterziehen, am Besten, indem man den Pat. sich auf den Bauch legen lässt. Freilich wird darauf nur selten geachtet.

Die ersten Injektionsversuche, um sich über diese Verhältnisse Klarheit zu verschaffen, ferner auch, um nachzuweisen, welche Stellung des Gelenks der grössten Geräumigkeit der Synovialhöhle entspreche, wurden bekanntlich zuerst von Bonnet unternommen.

Er fand, dass es bei allen Gelenken die Beugestellung war, die die grösste Flüssigkeitsmenge eintreten lässt und dass bei starkem Injektionsdrucke alle Gelenke, mochten sie nun vorher irgend welche andere Stellung inne gehabt haben, die Beugestellung einnahmen und in derselben beharrten, so lange der Druck anhielt. Er zog daraus den Schluss, dass auch bei den Erkrankungen der Gelenke, die mit Flüssigkeitserguss in die Synovialhöhle verbunden sind, die Beugestellung, welche die Kranken dem Gelenke unwillkürlich dabei zu geben pflegen, durch den Druck der Flüssigkeit direkt hervorgebracht werde.

Dass diese Auffassung eine irrthümliche, besonders aber für das Kniegelenk unrichtige sei, ist später durch exakte Versuche Braune's (Topographisch-Anatomischer Atlas von W. Braune, 1888, Leipzig, Veit und Komp.) erwiesen worden.

B. konnte nachweisen, dass die Kapazität des Synovialraumes bei einem bestimmten Grade der Beugung ihr Maximum erreicht und dass dieser Winkel bei dem dies geschieht, durchschnittlich zwischen 20—30 Grad beträgt. Das Kapazitätsmaximum tritt also nicht in der halbgebogenen Stellung ein, sondern findet sich bei beginnender Beugung. Die Zunahme der Kapazität von der völligen Streckung bis zu 10 Grad Beugung ist übrigens am stärksten, geringer die Zunahme von 10—20 Grad, noch geringer in den betreffenden Fällen von 20—30 Grad. Hieraus folgt, dass schon eine ganz geringe Beugung, wie die von 10 Grad, die relativ höchste Kapazitätszunahme der Kapsel bedingt.

Ist das Gelenk in der Stellung, in welcher es am meisten Flüssigkeit zu fassen vermag, vollständig angefüllt, so lässt es sich ohne Gefahr einer Ruptur der Kapsel leicht in die gestreckte Lage zurückführen. Das Minimum der Kapazität der Synovialhöhle fällt mit dem Maximum der Beugung zusammen.

Ich habe diese Punkte ausführlicher besprochen wegen der weiter unten zu erörternden Frage der Lagerung erkrankter resp. punktirter Kniegelenke.

Die Menge der Flüssigkeit, die Braune überhaupt im Stande war, einzuspritzen, schwankte zwischen 32 bis zu 332 Kubikzentimeter! Die von mir punktirten Mengen bewegten sich in ähnlichen Grenzen.

Ich komme zum Schlusse meiner Betrachtungen, der Therapie des Haemarthros.

Die chirurgischen Lehrbücher empfehlen durchweg Punktion resp. Aspiration. Ich führe als Beispiel an: Schuchardt Deutsche Chirurgie, Billroth-Lücke, Lieferung 28). „Bei dem Haemarthros darf man mit der Punktion des Gelenks nicht zögern, wenn es nicht schnell gelingt, das ergossene Blut auf andere Weise zu beseitigen", König (Lehrbuch der speziellen Chirurgie); „wirken diese Mittel nicht bald — sc. Arbeitseinstellung bei ruhiger Lage, 14 Tage bis 3 Wochen, Kompression und Massage — sodass der gespannte Recessus schlaff wird, dann geht es oft rascher, wenn man mit gehörig desinfizirtem Instrument die Flüssigkeit auslässt; man wählt dazu bald einen Troicart, bald eine Saugspritze. Unter Umständen, zumal bei viel Gerinnseln, ist es auch zweckmässig, nach der Entleerung der Flüssigkeit das Gelenk mit dünner Karbollösung auszuwaschen."

Diese Mahnung, sich nicht zu lange mit den so beliebten kalten oder Eisumschlägen und Einwickelungen mit der Flanellbinde aufzuhalten, wird leider nur selten beherzigt. „Umschläge" und das gedankenlose Aufpinseln von Jodtinktur sind und bleiben das souveräne Mittel zur Behandlung von Knieerkrankungen jeder Art.

Freilich ist der Zeitpunkt, an dem die Punktion vorgenommen werden soll, nicht genügend präzis angegeben. Und doch wünscht man gerade darüber genauen Aufschluss zu erhalten, denn es ist doch zu verlockend, ein prall gespanntes und mit Blut erfülltes Kniegelenk sofort von seinem Inhalt zu befreien. Ich habe denn auch bei einzelnen der mir in grosser Anzahl (ca. 60 im Laufe dreier Jahre) ganz frisch, im Anschluss an den Unfall zugeführten Patienten eine sofortige Aspiration vorgenommen.

Trotz energischer manueller Kompression des Knies, nach der Aspiration, und Anlegen eines Kompressiv- und Schienenverbandes war der Bluterguss am nächsten Tage genau so gross wie vorher. Ich konnte mitunter sogar beobachten, dass sich der Bluterguss unter meinen Händen, während sich die Kanüle noch im Gelenk befand, wieder anfüllte. Gleichmässig günstige Resultate erzielte ich dann, wenn ich die Punktion am vierten Tage post Laesionem vornahm, nachdem das Bein zuvor drei Tage lang in einem Kompressivverband gelegen. Da in dieser verhältnissmässig frühen Zeit das Blut noch nicht geronnen ist, ist auch eine „Auswaschung" des Gelenkes mit einer dünnen Karbol-, oder sonstigen anti- oder aseptischen Lösung zu eventueller Entfernung von Gerinnseln durchaus überflüssig.

Ueber die Zeitdauer, wie lange sich Blut, ohne zu gerinnen, in einem Gelenk halten kann, wissen wir nichts Bestimmtes, ebenso wenig über die Ursachen, warum die Gerinnung in dem

einen Fall sehr früh, schon nach wenigen Tagen, in dem anderen erst nach Wochen, eintritt.

Naturgemäss werden Blutergüsse des Kniegelenkes ohne und mit jeder Therapie schliesslich resorbirt, die Heilung wird aber verkürzt durch operatives Eingreifen, durch eine Punktion.

So hat Bondsen (Kopenhagen, citirt aus König, s. o.) berechnet, dass die Dauer der Behandlung bei Punktirten durchschnittlich 22,4 Tage gegen 38 Tage bei nicht Punktirten beträgt. Auch die Sicherheit der Heilung ist erheblicher bei mit Punktion Behandelten (86 gegen 63%).

Ich hatte übrigens Gelegenheit, mich ganz einwandsfrei von den Vortheilen der Punktion zu überzeugen, indem ich einmal einen Patienten mit doppelseitigem gleichgrossen Haemarthros genus auf der einen Seite punktirte, — völlige Wiederherstellung nach zehn Tagen — auf der anderen konservativ (Kompressivverband) behandelte — Verschwundensein des Ergusses nach 24 Tagen.

Blut im Kniegelenk ist wie das in die freie Peritonealhöhle ergossene (Haematocele retrouterina u. a. m.) ein Fremdkörper, dessen Verbleiben zu Adhaesionen und Verwachsungen führt.

Die Technik der Entleerung des Butergusses bietet keinerlei Schwierigkeiten. Es ist gleichgiltig, ob man einen, möglichst dicken Troikart oder eine Aspirationsspritze mit dicker Kanüle benützt. Ich gebe der Letzteren den Vorzug, weil sie sich leichter einstechen lässt, wahrend ein dicker Troicart einen vorherigen Einschnitt in die Haut mit einem Skalpell wünschenswerth macht. Vortheilhaft ist es, den Bluterguss von einem Assistenten mit beiden Händen sich entgegen drücken zu lassen und an der Innenseite zu punktiren, während das Bein ausgestreckt auf einem Volkmann'schen Bänkchen aufliegt.

Schmerzen hat der Pat. nur dann, wenn man versehentlich den Knochen ansticht, in der Regel weil man die Nadel zu tief eingeführt hat.

Eine nachfolgende Ausspülung des Gelenks halte ich, wie bereits erwähnt, für durchaus unnöthig. Infektion des Gelenks ist bei Benützung ausgekochter Kanülen und vorheriger gründlicher Desinfektion der Haut des Patienten so gut wie ausgeschlossen.

Im Gegensatze hierzu ist es mir immer aufgefallen, wie leicht sich an eine Punktion oder Eröffnung eines subkutanen Schleimbeutels eine Phlegmone der umliegenden Weichtheile anschliesst.

Um Wiederauffüllung des Gelenks mit Blut zu verhüten ist es nöthig, nach der Punktion einen Kompressivverband anzulegen. Es ist vortheilhaft, über die Kniekehle eine Hohl-Holzschiene zu legen, um den Verband fest anziehen zu können, ohne Abschnürung der Gefässe in der Kniekehle befürchten zu müssen.

Die von Braune angestellten Versuche zur Bestimmung des Fassungsvermögens des Kniegelenks für Flüssigkeiten und die daraus folgenden Ergebnisse (s. o.) veranlassten mich, in einer Anzahl von Fällen das punktirte Kniegelenk in rechtwinkliger Stellung zu verbinden, resp. zu fixiren. Diese Lage, auch die Fixirung im spitzen Winkel wird von Kranken ganz gut ertragen. Da sie aber für die Dauer doch lästig wird, und andererseits durch einen gut sitzenden Kompressivverband an dem ausgestreckten Bein die Wiederansammlung ebenso gut verhütet werden kann, habe ich mich späterhin nur auf den letzteren beschränkt.

Der Verband darf nur etwa 8 Tage liegen bleiben, es muss dann sofort mit Massage, sowie aktiven und passiven Bewegungen begonnen werden.

Referate.

Allgemeines.

Vorläufiger Bericht über die Verletzungen bei der Heidelberger Eisenbahnkatastrophe vom 7. Oktober 1900.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg. Direktor Geh. Rath Prof. Dr. Czerny.)

Von Dr. Fr. Völker, Assistent der Klinik.

Vortrag gehalten in der modizin. Sektion des naturhistorisch-medizin. Vereins Heidelberg.

(Deutsche medizinische Wochenschrift, 1900, No. 49 und 50.)

Zunächst erörtert Verf. die mechanischen Bedingungen, unter welchen die Verletzungen stattfanden. Fast alle wurden in der chirurgischen Klinik behandelt, etwa 80 leichtere Fälle im Ambulatorium verbunden, 40 schwer Verletzte aufgenommen. Sodann schildert Verf. die Art der Verletzungen und ihre Therapie. Die meisten betrafen Frakturen, 48 bei 51 Patienten. Bemerkenswerth ist deren Lokalisation, 20 waren Unterschenkel- 11 Oberschenkelbrüche, die meisten übrigen betrafen die Rippen. Das ist praktisch wichtig, denn es ergiebt sich hieraus die Gefährlichkeit der schweren, massiven Sitzbänke in den Abtheilungen III. Klasse, welche alles zermalmen, was zwischen ihnen eingeklemmt wird. Leichte Lattenkonstruktionen, die noch dazu viel bequemer sind, lassen diese Gefahr, mit der immer wieder zu rechnen ist, wesentlich geringer erscheinen. 4 Verletzte wurden todt eingeliefert, 3 weitere erlagen in wenigen Tagen. Alle diese charakterisirten sich durch Verletzungen, welche offenbar durch direkt auftreffende, grosse Gewalten entstanden waren, die den Körper, besonders den Rumpf gegen irgend eine unnachgiebige Unterlage andrückten, multiple Rippenbrüche, innere Organzerreissungen, Wirbelsäulenbrüche, Schädelbrüche etc. Wie bei anderen Gelegenheiten, so wurden auch hier nach Thoraxkompressionen die bekannten multiplen Hämorrhagien im Gesicht („Druckstauung") beobachtet. Das Gefährlichste an den nicht direkt tödtlichen Verletzungen scheint der Blutverlust zu sein, eine ganze Anzahl der Verunglückten verdankt ihre Rettung intravenösen Kochsalzinfusionen. Die Gefahr der Sepsis war anscheinend gering, wenigstens ist kein Fall von Wundinfektion vorgekommen. Verf. schreibt dies der energisch durchgeführten primären Desinfektion aller Wunden zu, welche bei vielen am nächsten Tage noch einmal wiederholt wurde, man dürfe sich durch die Ergebnisse bakteriologischer Untersuchungen nicht von diesen nothwendigen und segensreichen Massnahmen abhalten lassen. Der zweite grosse Faktor, bei allen diesen Verletzungen war der Schreck, dessen Wirkungen in allen Nuancen, von leichter Erregtheit bis zur ausgesprochenen Schrecklähmung beschrieben werden. Am interessantesten sind die ungemein zahlreichen Beobachtungen über eine gewisse geistige Trägheit und Empfindungslosigkeit, welche namentlich schmerzhaften Eingriffen gegenüber zu Tage trat, wiederholt mit Erinnerungsdefekten gepaart. Reine Erschütterungssymptome wurden nur vereinzelt gemerkt, zumeist lassen begleitende Umstände auf das Vorhandensein von Hämorrhagien etc. mit Sicherheit schliessen.

Man darf nach diesen vorläufigen Mittheilungen noch auf manche interessante Einzelheiten gespannt sein.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Verbrecher-Aberglaube.

Vom Ersten Staatsanwalt Nessel in Lüneburg.

(Arch. f. Krim.-Anthr. Bd. 5, H. 2.)

In einem Dorfe im Hannöverschen wurde die Leiche eines neugeborenen Kindes gefunden, bei dem sich als Todes-

ursache Zerquetschung der Leber ergab. Der Leiche fehlte der rechte Arm. Er war mit dem grössten Theil des Schulterblatts glatt abgeschnitten, irgendwelche Zeichen dafür, dass dies während des Lebens geschehen sei, fehlten.

Eine ganz jung verheirathete Frau wurde auf Grund erdrückender Beweise des Kindesmords schuldig erklärt.

Was bedeutete aber die Abtrennung des Armes? Die Deutung beruht auf einem in dem wendischen Bezirk Lüchow, dem der Thatort angehört, verbreiteten Aberglauben: Ein Kindesmord werde nicht entdeckt, wenn Brüste und Schamtheile der Mutter mit einem abgetrennten Körpertheil des getödteten Kindes berührt würden.

Es ist sehr wichtig für Gerichtsärzte, dergleichen zu wissen!

Die Verdauung einer verschluckten Banknote.

Von M. L. Q. van Leiden-Halsebosch in Amsterdam.
(Arch. f. Krim.-Anthr., Bd. 5, H. I.)

In einem Postamt wurde aus einem Briefe eine Banknote von 25 Gulden gestohlen. Der Verdacht fiel auf einen Angestellten. Da bei diesem die Durchsuchung ergebnisslos war, und er wiederholt vorher Wasser getrunken hatte, vermuthete man, er habe den Schein verschluckt. Der Verdacht steigerte sich, als man feststellte, dass der bestohlene Brief mit Klebestoff aus dem dem Beschuldigten zur Verfügung gestellten Topfe wieder zugeklebt war.

Der Stuhlgang des Beschuldigten wurde nun untersucht. Aber die Reste einer leicht erkennbaren Probemahlzeit kamen mit dem Stuhl wieder zum Vorschein, ohne dass eine Spur Papier gefunden wurde.

Nun wurde zu Ungunsten des Angestellten eingewandt, der Verdauungsprozess habe die Note völlig unkenntlich gemacht. Um die Möglichkeit eines solchen Vorgangs zu prüfen, liess Verf. sich einen Fehldruck einer ebensolchen Note geben, theilte ihn in vier Stücke, die er genau mass, zu Kugeln drehte und nach Befeuchtung mit heissem Kaffee verschluckte. Mit dem Stuhlgang kamen die Papierstücke völlig unverändert zum Vorschein. Nur die gelbe Farbe, mit der die Zeichnung der Banknote aufgedruckt war (Chromblei) war in Schwarz (Schwefelblei) übergangen. Deutlich erkennbar war alles geblieben, was auf dem Papier gedruckt oder geschrieben war. Beim Entfalten der Papierstückchen mit einem weichen Pinsel in Wasser lösten sich Bruchtheile ab. Mikroskopisch war allerdings das Gewebe deutlich verändert: Die Pflanzenfäserchen waren in feinste Fäden zerspalten und innig verfilzt, wie Verf. dies sonst bei verdauten Pflanzentheilen nie gesehen hat.

Danach musste der Verdacht, dass der angebliche Dieb die Note verschluckt habe, fallen gelassen werden.

Schändung einer weiblichen Leiche im Grabe.

Von Dr. E. Felletár, königl. Landes-Gerichtschemiker.
(Ungarische mediz. Presse, 1900, No. 2.)

Felletár referirt über einen höchst seltenen, gerichtsärztlichen Fall. Im Januar des Jahres 18** wurde in einer Gemeinde des Eisenburger Komitates das Grab der an Tuberkulose verstorbenen 21jährigen I. L. aufgewühlt gefunden. Die amtliche Kommission konstatirte, dass das Grab resp. der Sarg gewaltsam eröffnet und mit dem Leichnam selbst manipulirt wurde, und zwar waren die Unterschenkel der Leiche soweit als möglich von einander entfernt, die Oberkleidung des Leichnams in einem solchen Zustand, dass der linke Schenkel unbedeckt war, ferner an der inneren Seite des Unterrockes ungefähr in der Mitte desselben, ein $3^1/_2$ cm langer, $2^1/_2$ cm breiter, ovaler, graugelblicher, scharfrandiger Fleck. Bei Emporheben des Unterrockes lag das in einem Knoten zusammengedrückte Hemd auf dem Bauche des Leichnams, so dass die Schamspalte, deren Eingang eine gelbliche, schleimige Flüssigkeit deckte, unbedeckt blieb.

Die gerichtsärztliche Sektion ergab, dass die Todesursache eine beiderseitige Tuberkulose war, dass die Grabesöffnung behufs Schändung der Leiche geschah; sowohl in dem oben erwähnten Fleck am Unterrock, als in der schleimigen Flüssigkeit an den Schamhaaren und im Introitus wurden Samenfäden gefunden; der Coitus vor dem Tode ist auszuschliessen; der Thäter selbst müsse als an moral insanity leidend angesehen werden.

Auch an Felletár sandte der Untersuchungsrichter Proben vom Hemde, ferner von den obenerwähnten Flecken, von den Schamhaaren; er konstatirte, „dass die Vulva (Schamhaare und Schamspalte) mit Samenfäden enthaltendem Samen in Berührung gekommen war.“ Lb.

Chirurgie.

Beitrag zur Frage der Schussverletzungen der Lunge. (Schussverletzung durch Schrot).

Von Dr. A. I. Efimow.
(Jeschenedelnik 1901, No. 2.)

Fälle von Verletzungen grosser Körperhöhlen bieten trotz der bereits vorhandenen ausserordentlich reichen einschlägigen Literatur immer noch aktuelles chirurgisches Interesse, erstens in Folge der ausserordentlichen Verschiedenheit der anatomischen Verhältnisse der Wunden, deren Verlaufs, deren Ausgangs etc, zweitens in Folge der immer noch nicht endgiltig festgestellten therapeutischen Indikationen. Ganz besonderes Interesse bietet folgender vom Verf. beobachteter Fall: Der 46jährige Bauer wurde von seinem Freunde versehentlich angeschossen und bekam dabei eine ganze Ladung Schrot (über 20 Schrotkörner) in die rechte Seite an der Submaxillarlinie: ungefähr 3 Zoll unterhalb der Achselhöhle. Der Verletzte wurde nach seiner ca. 2 km entfernt liegenden Wohnung gebracht, und Verf. fand ihn drei Stunden nach der Verletzung auf dem Fussboden der Hütte auf einem Haufen mit Blut getränkter Lumpen im heftigen Schüttelfrost liegend. Status: Gesicht blass, Gesichtszüge zugespitzt; Puls kaum fühlbar, häufig quälender Husten. Statt Sputum werden Blutgerinnsel und auch schäumiges Blut ausgeworfen. Quälendes Asthma, von ausserordentlicher Schmerzhaftigkeit beim Bewegen des Brustkorbs begleitet. Brustkorb mit einem alten grünen Gürtel umwickelt, der total mit Blut durchtränkt ist. Aus der Wunde blutet es nicht mehr. Einschussöffnung oval, 4 cm lang und 3 cm breit, Ränder versengt, theils nekrotisch.

Unter den denkbar grössten Schwierigkeiten musste der Verletzte nach dem entfernt liegenden Krankenhaus transportirt werden, wo er erst am nächsten Tage, im ganzen ca. 24 Stunden nach der Verletzung, anlangte. Klinische Untersuchung: Puls beschleunigt, klein, wenn auch etwas lebhafter als am vorigen Tage. Ausserordentlich starkes Asthma, bei der geringsten Bewegung sich steigernd; quälender Husten mit reichlich blutigem Auswurf, stark ausgesprochene Cyanose, kalte Extremitäten. Temperatur 37,0 Grad. Der Verband (zu diesem verwendete Verf. vor dem Transport ein Stück Leinewand, das in der Bauernhütte aufgetrieben werden konnte) ist ganz mit Blut durchtränkt. Bei ruhiger Lage des Kranken blutet es aus der Wunde nicht, bei den Hustenstössen tritt aber aus der Wunde Blut, das früher in die Brusthöhle ausgetreten ist, in dickem Strahl, desgleichen Luft geräuschvoll heraus. Die rechte Hälfte des Brustkorbs betheiligt sich an der Athmung nicht. Hinter der Wunde ist ein handteller-

grosses emphysematöses Hautgebiet. Der Wundkanal verläuft in der Brusthöhle in der Richtung nach hinten und unten durch den 8. Interkostalraum; die Sonde dringt ca. 7 cm tief in den Kanal und stösst dann auf Blutgerinnsel. Die Untersuchung der Lungen, die allerdings nur in oberflächlicher Weise vorgenommen werden konnte, ergab Folgendes: Hinten (in halb liegender Stellung des etwas hochgehobenen Verletzten), abwärts von der Mitte der Scapula, ergiebt die Perkussion vollständige Dämpfung, die Auskultation vollständiges Fehlen des Athmungsgeräusches; an der lateralen und vorderen Oberfläche der rechten Seite ergiebt die Perkussion tympanischen Schall, die Auskultation geschwächtes Athmungsgeräusch mit amphorischem Klang; von der 4. Rippe aufwärts normale Perkussions- und Auskultationsverhältnisse. Man konnte also auf Grund der objektiven Untersuchung annehmen, dass eine bedeutende Verletzung des Lungengewebes stattgefunden hat, und dass hauptsächlich die hinteren Abtheilungen des mittleren und unteren Lappens des rechten Lungenflügels verletzt und die übrigen Theile desselben in Folge des Pneumothorax komprimirt sind.

Von irgend einem energischen Eingriff honnte in Anbetracht des äusserst prekären Zustandes des Patienten selbstverständlich nicht die Rede sein. Man beschränkte sich auf eine oberflächliche Ausspülung der Wunde mit 3 proz. Borsäurelösung, Jodoformgazetamponade, Verband und Eisapplikation auf die Wunde; innerlich bekam der Patient Excitantien und Alkohol, ferner in Anbetracht des quälenden Hustens Kodeïn 0,015 viermal täglich. — Der weitere Krankheitsverlauf ist folgender: Sämmtliche subjektiven Erscheinungen blieben in statu quo; vollständige Appetitlosigkeit, desgleichen Schlaflosigkeit in Folge von Asthma, Husten und Schmerzen in der Wunde. Der Verband, der zweimal täglich gewechselt wurde, war jedesmal mit Blut durchtränkt; desgleichen entleerte sich beim jedesmaligem Verbandwechsel, sowie beim Husten und bei Lagerung des Patienten auf die rechte Seite eine bedeutende Quantität dunkelbraunen, blutigen Serums, das äusserst stark nach zersetztem Blute roch. Am 6. Tage steigerte sich der Pneumothorax ganz bedeutend, desgleichen die Cyanose und das Asthma. Puls kaum fühlbar, arhythmisch. Der Patient bekam Eis auf die Herzgegend, ausserdem ein Klysma und innerlich Bromnatrium mit Valeriantinktur. Unter dieser Behandlung beruhigte sich in drei Stunden die Herzthätigkeit und die stürmischen Erscheinungen verschwanden. Nach weiteren drei Tagen zeigte das Dämpfungsgebiet folgende Grenzen: hinten ging es von der Mitte der Scapula abwärts, an der Seite reichte es 3 Fingerbreiten unterhalb der Achselhöhle; vorn nahm das Dämpfungsgebiet einen 4 Querfinger breiten Streifen ein. Das Sekret der Wunde enthielt Fetzen von der Kleidung des Patienten, die mit dem eindringenden Projektil mitgerissen wurden. Die subjektiven Erscheinungen besserten sich ein wenig; der Husten besteht fort, der Auswurf enthält aber kein Blut mehr. 4 Tage später begann die Wunde reichliche Mengen von flüssigem Eiter zu entleeren, an manchen Tagen betrug dessen Menge nicht weniger als $1/2$ Liter. Die Temperatur zeigte seit dieser Zeit intermittirenden Charakter (früh ca. 37,0 Grad, abends ca. 38 Grad), In die vorgeschlagene Empyemoperation willigte der Patient nicht ein.

Status nach weiteren 10 Tagen: Schlaf, Appetit, subjektives Befinden des Patienten haben sich dermassen gebessert, dass er bereits Gehversuche zu machen im Stande ist. Eiterabsonderung besteht noch immer, wenn auch in geringerem Umfange; desgleichen zeigt die Temperatur noch immer intermittirenden Typus. Die Dämpfung ist vorn ganz verschwunden, an der Seite und am Rücken um zwei Fingerbreiten geringer. Nach einem weiteren Monat fühlte sich der Patient so wohl, dass er das Krankenhaus verliess und nunmehr ambulatorisch behandelt wurde. Die äussere Wunde wurde künstlich erweitert, damit keine Retention des Eiters, der nunmehr in äusserst geringen Quantitäten entleert wurde, zustande käme. Nach einem weiteren Monat unterbrach der Patient auch die ambulatorische Behandlung und nahm seine frühere Beschäftigung trotz Widerspruch des Arztes wieder auf. Verf. sah den Patienten erst nach 10 Wochen wieder und fand ihn in sehr günstigem Zustande: Pat. hat an Körpergewicht bedeutend zugenommen, fühlte sich vollkommen wohl; Husten und Asthma traten nur dann auf, wenn er auf der gesunden Seite lag. Die Besichtigung ergab an Stelle der früheren Einschussöffnung eine kleine röthliche Narbe. Die laterale und untere hintere Oberfläche des Brustkorbes sind rechts eingefallen und bleiben bei der Athmung bedeutend zurück. In der Umgebung der Wunde ist eine handtellergrosse Stelle gedämpft; von hier aus geht die Dämpfung nach hinten, wo sie die ganze Gegend unter der Scapula einnimmt. Athmungsgeräusch ist in dieser Gegend zwar zu vernehmen, jedoch nur bei tiefer Inspiration.

Vorstehender Fall liefert einen sehr lehrreichen Beweis für die ausserordentliche Zähigkeit und Accommodationsfähigkeit des menschlichen Organismus. Lb.

Ueber die Wirkung der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe mittelst eines schweizerischen Repetirgewehres.

Von Prof. Dr. Krönlein.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie. B. 29. Heft 1. Dez. 1900.)

Kr. berichtet über drei Fälle von Schussverletzungen des Schädels, welche ihrer Seltenheit und ihres ganz aussergewöhnlichen Verlaufes wegen ausführlicher mitgetheilt zu werden verdienen.

1. Ernst St. entfernte sich morgens von seiner Wohnung mit seinem Ordonnanzgewehr am Rücken, angeblich um dasselbe repariren zu lassen; er wurde nachmittags noch mit seinem angehängten Gewehr gesehen. Nach drei Tagen fand man ihn an einem Waldesrand tot auf. Die Leiche befand sich vollständig ausgestreckt in Rückenlage; auf dem rechten Oberschenkel lag das Ordonnanzgewehr mit einer abgeschossenen Patrone. Um den Abzug war eine Schnurschlinge befestigt, die rechte Hand mit vertrockneten Blutkrusten bedeckt; um den Kopf herum bedeckte eine grosse Blutlache den Boden. Neben der Leiche, zwei Fuss vom Kopf entfernt lagen an einem Stück die Grosshirnhälften, einen Meter davon das Kleinhirn und einige Knochensplitter. Spuren von Drittpersonen waren nicht sichtbar.

Wie die Sektion ergab, befand sich über dem linken Ohr eine im oberen Theil kreisrunde, unten mehr schlitzförmige Einschussöffnung von 4×2,5 cm. Auf der gegenüberliegenden Seite war eine mindestens 20 cm lange und 8—10 cm breite Wunde; hier fehlte das Schläfenbein und ein Theil des Seitenwandbeines. Die Schädelhöhle war völlig leer; der Schädelgrund zeigte vielfache Längs- und Querbrüche. Das Gehirn war am verlängerten Mark abgerissen. Während das Grosshirn völlig erhalten und nur an der Unterfläche zerfetzt war, bildete vom Kleinhirn nur die linke Hälfte ein zusammenhängendes Stück.

Die gerichtliche Untersuchung wurde, „da im vorliegenden Falle zweifellos Selbstmord vorlag“, aufgehoben.

2. Bei einer Schiessübung wurde ein Soldat auf eine Entfernung von 7 m von hinten seitlich rechts in den Hinterkopf geschossen. Er fiel nach hinten auf die rechte Seite und machte noch drei Zuckungen. Der Schädel war weit geöffnet und das Gehirn lag auf der Grundfläche hinten links

von der Leiche, etwa 30 cm von dieser entfernt; es war in seiner Form vollständig erhalten und von dem verlängerten Mark quer abgerissen. Wie der unmittelbar neben dem Verunglückten stehende Offizier aussagte, ist das Gehirn vor dem Manne auf den Boden gefallen und nicht etwa in Folge des Falles der Leiche aus der Schädelkapsel herausgerollt.

Es handelt sich in diesen beiden Fällen um eine Exenteratio cranii, welche durch einen Schuss aus unmittelbarer Nähe aus einem modernen Infanteriegewehr bei Vollladung hervorgerufen war. Im Allgemeinen nahm man bisher an, dass solche enormen und eigenthümlichen Verletzungen nur dann auftreten, wenn es sich um sog. „Wasserschüsse“ handelt, oder wenn die Laufmündung ringsum fest auf das Ziel aufgepresst ist und so alle Gase, sowohl die vor dem Geschoss im Laufe befindliche Luft, als auch besonders die Pulvergase in die Einschussöffnung einzutreten gezwungen sind. Dies ist nach den mitgetheilten Beobachtungen, von denen besonders die letztere die Beweiskraft eines Experimentes besitzt, nicht erforderlich; es kann vielmehr „unter gewissen Umständen, welche wir zur Zeit noch nicht genau zu beurtheilen vermögen, durch einen „normalen“ Schuss aus unmittelbarer Nähe abgegeben auf den Schädel eines lebenden Menschen aus einem schweizerischen Repetirgewehr (Modell 1889) und mit Verwendung der scharfen Ordonnanzpatrone, das Gehirn in toto aus der zertrümmerten Schädelkapsel herausgeworfen werden, ohne selbst einen Schusskanal zu zeigen“. Es wird interessant sein, abzuwarten, wie sich die Theoretiker zu diesen Beobachtungen stellen werden. —

Eine dritte Krankengeschichte wird diesen beiden Fällen hinzugefügt, welche auf der anderen Seite beweist, dass auch „unter gewissen Verhältnissen, welche uns zur Zeit ebenfalls noch nicht genügend bekannt sind, ein perforirender Schädel-Hirnschuss, durch dieselbe Waffe und dasselbe Projektil aus unmittelbarer Nähe bewirkt, trotz Hirnausfluss sowohl aus der Einschuss- als auch der Ausschussöffnung, den Ausgang in Heilung nehmen kann.“

Ein junger Mann hatte in selbstmörderischer Absicht ein Vollgeschoss aus dem Ordonnanzgewehr auf seinen Kopf abgefeuert; er war bewusstlos, doch erholte er sich bald wieder. Die 5 mm im Durchmesser haltende Einschussöffnung, aus welcher Blut und Hirnbrei floss, lag 2 cm links von der Mitte der Stirn und 4 cm oberhalb des linken Augenrandes. Die zerfetzte Ausschussöffnung befand sich ziemlich genau auf dem Scheitel, etwa an der Stelle der grossen Fontanelle, aus welcher gleichfalls Hirnbrei hervorquoll. Rechts bestand totale halbseitige Parese. Im Verlaufe der Behandlung entleerte sich sehr viel Hirnbrei und einige Hirnfetzen aus der Ausschussöffnung. Die Einschussöffnung heilte glatt in $2^1/_2$ Wochen, die grosse Ausschussöffnung unter Bildung von Fleischwärzchen in ungefähr fünf Wochen. Der Kranke konnte um diese Zeit aufstehen und umhergehen. Die Parese war geschwunden, doch hatten die geistigen Fähigkeiten sehr gelitten; es bildete sich ein dem Blödsinn naher Zustand aus. — Die Kugel hatte nur den vorderen Pol des Schädelsphäroids schräg durchdrungen und nur das Stirnhirn verletzt.

Bekanntlich hat Krönlein einen ähnlichen Fall auf dem Chirurgen-Kongress 1899 vorgestellt, bei welchem der Schusskanal mit Intaktlassung des äusseren Orbitalrandes in tangentialer Richtung erst hart unterhalb des linken Augenhöhlendaches verlief, wo er den Augapfel zerstörte, dann schräg nach oben und hinten, median durch die innere und obere Wand der linken Augenhöhle in der Nähe der Crista galli in die Schädelhöhle drang und den rechten Stirnlappen durchbohrte, um in der rechten vorderen Schläfengegend den Knochen zu durchschlagen und auszutreten. Aus Ein- und Ausschuss floss Hirnbrei ab.

Abgesehen von Erblindung wegen Zerstörung des Augapfels waren schädliche Folgen nicht eingetreten.

Niehues.

Drei Fälle von Aneurysma arterio-venosum, hervorgerufen durch Mausergewehrschüsse.

Unter der Behandlung von Lieutenant-Colonel J. T. Lewtas.
(The Lancet 13. Oktober.)

Eine abnorme Verbindung zwischen Vene und Arterie ist verhältnissmässig selten. Die Behandlung dieser Aneurysmen, welche in der Regel traumatischen Ursprung haben, besteht in der Regel in der Excision des Sackes. Dass diese Behandlung nicht unbedingt nothwendig ist und man eventuell mit der einfachen Unterbindung auskommt, beweisen die Fälle von Lewtas.

Ein Soldat wurde in Paardeberg im Februar 1900 durch zwei Kugeln getroffen. Die eine drang durch die rechte Brustseite, die andere mitten durch die linke Kniescheibe, ging schräg durch den Oberschenkel, so dass die Ausgangsöffnung auf der Beugeseite des Oberschenkels, an der Grenze des mittleren und oberen Drittels lag. Beide Wunden verheilten, doch bildete sich ein varicöses Aneurysma zwischen der Arteria und Vena poplitea. Er wurde deshalb als Invalide nach der Heimath entlassen. Es fand sich in der Gegend der Kniekehle eine wallnussgrosse Geschwulst mit dem charakteristischen Geräusch eines Aneurysma. Die Hauptbeschwerden bestanden in Schmerzen auf dem Fussrücken und der Streckseite des Unterschenkels. Durch einen Einschnitt wurde die Vene in der Kniekehle freigelegt und oberhalb und unterhalb des Aneurysmas unterbunden. Die Arterie dagegen wurde an einer anderen, und zwar an der üblichen Stelle freigelegt und an ihrem oberen Ende unterbunden. Die Geschwulst verschwand, die Schmerzen, welche offenbar durch den Druck auf die Nerven hervorgerufen wurden, liessen nach, die Heilung der Wunde nahm ungestörten Verlauf.

In einem zweiten Fall war der Erfolg weniger günstig. Der betreffende Soldat wurde bei Monte Christo ebenfalls im Februar 1900 durch eine Gewehrkugel verletzt, welche durch den rechten Oberschenkel hindurchging. Bei ihm fand sich darnach am oberen Ende des Hunter'schen Kanals ein varicöses Aneurysma. Die Arteria formalis wurde gerade oberhalb ihrer Verbindung mit der Vene unterbunden. Da die Pulsation aber vollständig aufhörte, beschränkte man die Unterbindung auf die Arterie und unterliess es vor der Hand, auch die Vene zu unterbinden. Dadurch hoffte man Gangrän verhindern zu können. Indessen trat nach wenigen Tagen am rechten Fuss der Brand ein, welcher eine Amputation des Unterschenkels nothwendig machte. Das Aneurysma verschwand, die Heilung nach der Operation verlief dann ungestört.

Franz Meyer-Berlin.

Innere Medizin.

Vier Fälle von Gleichgewichtsstörung.

Von Dr. Rieken, Uelsby.
(Berl. klin. Wochenschrift. 1900. Heft 44.)

Ohne auf die Deutung der Fälle einzugehen, veröffentlicht sie der Verfasser lediglich als interessantes kasuistisches Material. Ihrer Natur nach sind sie wohl mehr oder weniger mit Influenzaerkrankungen in Zusammenhang zu bringen und tragen durchweg den Charakter akuter Störungen des Gleich-

gewichts, verbunden mit abnormen Geräuschempfindungen und einer Reihe neuritischer Störungen, von denen Schmerzen und Schwäche in den Extremitäten und unangenehme Gefühle im Hinterkopf hervorzuheben sind. Katarrhalische Erscheinungen waren ebenfalls durchweg vorhanden.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Alkaloïdvergiftung?

Von Dr. August Mitscha-Nelk, k. k. Bezirksarzt.
(W. med. Wochenschr. 1901. No. 11.)

Ein schwer tuberkulöser 50jähriger Mann erkrankte akut mit völliger Verwirrtheit, Unruhe und Bewegungsdrang. In seinen unzusammenhängenden Reden fiel auf, dass er mit Vorliebe theils sinnvolle, theils sinnlose Reimworte hintereinander sprach. Ausserdem erzählte er viel von Katzen. Die Unruhe nahm derartig zu, dass man ihn im Bett festhalten musste. Am nächsten Tage aber wurde er schwächer, matter, verfiel in tiefen Schlaf und — wachte gesund auf.

Nach dem ganzen Verlauf kann es sich kaum um etwas anderes als eine Alkaloïdvergiftung gehandelt haben, leider waren aber die Bemühungen, die Art des betreffenden Alkaloïds festzustellen, vergeblich, nur soviel war zu ermitteln, dass der Mann ein Reklamemittel gegen Husten gebraucht hat. Verf. hat die Zusammensetzung des Mittels, ja selbst dessen Namen nicht erfahren, er vermuthet aber, dass das Präparat wie fast alle derartigen Arzneien, Bilsenkrautextrakt enthalten hat und dass hierauf die Vergiftung zurückzuführen ist.

Psychiatrie und Neurologie.

Inwieweit ist bei Geisteskranken die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltortes erhalten?

Von Oberarzt Dr. P. Näcke in Hubertusburg.
(Psychiatrische Wochenschrift Nr. 40, 1900.)

Jeder praktische Psychiater weiss, mit welchen Schwierigkeiten es unter Umständen verknüpft ist, den Unterstützungswohnsitz eines neu zugeführten Kranken festzustellen, und mit was für Ausflüchten nicht selten die Behörden die Bezahlung von sich abzuschütteln suchen. Diese Streitigkeiten spielen sich aber meist nur auf dem Verwaltungsgebiete ab und lassen daher zunächst den Psychiater kalt. Er wird höchstens einmal in die Lage kommen, bei einem längst Entlassenen oder Beurlaubten feststellen zu müssen, dass und wie lange der Betreffende in der Anstalt war, weil ja die in einer Anstalt, einem Gefängnisse etc. verbrachte Zeit bei der Frage nach dem Unterstützungswohnsitze nicht angerechnet wird. Dass aber der Irrenarzt ausnahmsweise auch einmal direkt durch sein Gutachten in die Unterstützungswohnsitz Frage mit einzugreifen hat, lehrt der von Verf. mitgetheilte Fall — es handelte sich um einen an ausgeprägtem Verfolgungswahn leidenden Mann —, der nicht bloss psychiatrisches, sondern auch Verwaltungs-Interesse darbietet. Wir müssen uns jedoch darauf beschränken, da die Verhältnisse ziemlich komplizirte sind, an dieser Stelle auf die Arbeit, die sich in einem Referate nicht gut wiedergeben lässt, hinzuweisen. Dasselbe gilt von einem anderen Aufsatze des gleichen Autors (Recidiv oder nicht? Betz's „Irrenfreund"), in welchem es sich ebenfalls um Verwaltungsstreitfragen zwischen zwei Behörden handelte, für deren Schlichtung das psychiatrische Gutachten eine entscheidende Rolle spielte. Die Kernfrage, um die es sich dabei drehte, war die, ob es sich in einem Falle von alkoholischem Irresein um eine Neuerkrankung handelte oder ob dieselbe nur als Fortsetzung eines früheren Anfalles zu betrachten sei. Auch hier muss in Bezug auf Einzelheiten auf das Original verwiesen werden. —y.

Geisteskrankheit bei Bleiarbeitern.

Von Robert Jones.
(British Medical Journal, 29. Sept. 1900.)

Bei Gelegenheit der Jahresversammlung der British Medical Association sprach in der Sektion für Psychologie Robert Jones über Geistesstörung bei Bleiarbeitern. Nach ausführlicher Besprechung des Themas kommt er zu folgenden Schlüssen:

1. Die Bleivergiftung ist eine Ursache bei der Entstehung von Geisteskrankheit. Bei Bleiarbeitern findet sich ein höherer Prozentsatz allgemeiner Paralyse als bei der übrigen Bevölkerung.

2. Bei Fällen von Bleivergiftung entsteht eine Neigung zur Degeneration des Herzens, der Niere und der Arterien welche mit epileptiformen Anfällen komplizirt werden.

3. Die meisten Fälle zeigen ausgesprochene Zeichen von Blutarmuth mit Störung im Allgemeinbefinden, verbunden mit Unsicherheit im Gang, allgemeiner Verminderung der Muskelkraft und häufig vorübergehender Blindheit.

4. Die Geistesstörungen können den folgenden verschiedenen Formen eingereiht werden: a) solche von der Art der allgemeinen Toxämie verbunden mit Geistesstörung, aber mit der Neigung zu schneller Wiederherstellung, b) solche mit Gesichts- oder Gehörstäuschungen von mehr chronischem Charakter, die oft unheilbar sind, c) solche, welche allgemeiner Paralyse gleichen verbunden mit Zittern, verstärktem Kniescheibenreflex, mit Koordinationsstörungen und begleitet von Theilnahmslosigkeit, die sich bis zur Verblödung steigern kann. Fälle, welche heilbar sind.

5. In den meisten Fällen von Bleivergiftungen, welche mit Gehirnstörung einhergehen, besteht — vorausgesetzt, dass der Kranke nicht sehr früh zu Grunde geht, — die Wahrscheinlichkeit der Wiederherstellung. Franz Meyer-Berlin.

Allgemeiner Nervenshok als Augenblicks- oder Spätwirkung von Flintenschuss- und Granaten-Verletzungen im Südafrikanischen Kriege.

Von Morgan F. Finucane.
(The lancet 15. Sept. 1900.)

Finucane untersuchte in den letzten Monaten 60 Soldaten welche alle an ähnlichen nervösen Symptomen litten, die im unmittelbaren Anschluss oder auch später nach einer Verwundung während des Südafrikanischen Krieges aufgetreten waren und welche zu vollkommener Invalidität führten. Die Verwundungen selbst waren in der Regel nicht besonders schwer, einige sogar ganz leicht und die meisten waren per primam geheilt, auch ohne eine Deformität zu hinterlassen. Trotzdem traten die Zeichen schwerer funktioneller Neurose auf, verbunden mit grosser körperlicher Schwäche und mit psychischen Störungen, wie man sie nach nervösem shok oder z. B. nach Eisenbahnunfällen etc. beobachtet und als traumatische Neurasthenie bezeichnet hat. Die Intensität der nervösen Störung stand nun in keiner Weise im Verhältniss zu der Art und Ausdehnung der Verwundung, nur schienen sie nach Verletzungen des Kopfes und der unteren Extremitäten am häufigsten zu sein. In einer grösseren Anzahl der Fälle war auch nach einer Erholungszeit von 6 Monaten bei vollkommener Ruhe und jeder Art von Pflege keine Spur einer Besserung wahrzunehmen. So haben zwar die Verwundungen selbst durch die moderne Beschaffenheit der Geschosse und durch die weit vorgeschrittene Art der chirurgischen Behandlung viel von ihrem Ernst verloren, wohl aber sind schwere Nervenleiden als Folge der modernen Kriegs-

führung in die Erscheinung getreten, deren Verhütung und Behandlung grösste Schwierigkeit bereiten wird.

Hervorzuheben ist, dass keineswegs eine direkte lokale Verletzung von Nerven gefunden wurde oder nur diejenigen Leute betroffen wurden, welche bereits vor ihrer Verwundung nervös waren. Es handelte sich meist um solche, welche vorher vollkommen gesund gewesen sind.

Franz Meyer—Berlin.

Poliomyelitis anterior chronica nach Trauma.

Von Dr. Ernst Meyer, Privatdozent und Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik zu Tübingen.

(Münchener Med. Wochenschr. 1901. No. 5.)

Ein bis zum 6. März 1900 vollständig erwerbsfähiger Bauer und Holzhauer verunglückte an diesem Tage dadurch, dass er sich den rechten Fuss vertrat. In den nächsten Tagen konnte er zwar noch die anderen Holzhauer beaufsichtigen, blieb aber beim Gehen zurück; etwa vom fünften Tage ab arbeitete er nicht mehr. Schmerzen hatte er nur in den ersten Tagen gehabt, dann stellte sich eine Schwäche des rechten Beines, begleitet von Kribbeln und Taubsein, ein, die ärztlich beobachtet wurde und nach ärztlichem Gutachten stetig fortschritt, bis schliesslich auch das linke Bein schwach wurde.

Vom 5. bis 30. November 1900 wurde der Verletzte in der Tübinger psychiatrischen Klinik beobachtet. Das Ergebniss lautete: Schwäche resp. Lähmung beider Beine mit Muskelschwund und entsprechender Störung der elektrischen Erregbarkeit, Herabsetzung bezw. Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe im Gebiete der Lähmung, keine objektiven Empfindungsstörungen, keine Blasen- und Mastdarmstörungen, keine Faserzuckungen in den Muskeln. Die Krankheit nahm auch während des Aufenthaltes in der Klinik trotz entsprechender Behandlung deutlich zu.

Für die Deutung dieses ganzen Krankheitsverlaufes kommen hauptsächlich nur zwei Möglichkeiten in Betracht: Periphere Nervenentzündung oder Entzündung in den Vorderhörnern des Rückenmarkes. Verf. entscheidet sich für das Rückenmarksleiden. Für eine Nervenentzündung sei der Verlauf zu gleichmässig fortschreitend, die Ausbreitung an beiden Beinen zu ungleichmässig, gegen eine solche spreche auch die genau mit der Lähmung Hand in Hand gehende Herabsetzung der Haut- und Sehnenreflexe und der elektrischen Erregbarkeit und das Fehlen objektiver Empfindungsstörungen. Gegen Poliomyelitis anterior hätte man höchstens die Kribbel- und Vertaubungsgefühle anführen können, die jedoch mit dieser Krankheit erfahrungsgemäss nicht völlig unvereinbar sind.

Da der Verletzte bis zu dem Unfall voll arbeitsfähig, nach demselben alsbald, laut Zeugenaussagen, in seiner Fortbewegung behindert war und dann in stetigem Fortschreiten immer kränker geworden ist, lässt sich die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges der Krankheit mit dem Unfall nicht von der Hand weisen. Wie man sich diesen Zusammenhang aber denken soll, ist nicht klar zu erkennen. Für eine ursprüngliche, aufsteigende Nervenentzündung liegen keine Anhaltspunkte vor, eine leichte Erschütterung des Rückenmarks kann bei dem Unfall allenfalls stattgefunden haben, ist aber nicht bewiesen.

Gynäkologie.

Klinische Erfahrungen über Placentarretention nebst bakteriologischen Untersuchungen.

Von Ahlfeld und Staehler.

(Monatsschrift f. Geburtsh. und Gyn. Bd. XII, Heft 6.)

Der Arbeit liegen 37 Fälle manueller Placentarlösung zu Grunde.

Ich halte es für das Beste, die Resultate und Hauptgesichtspunkte in der wörtlichen Fassung Ahlfeld's zu geben, welche in knapper Form die Ansichten des auf diesem Gebiete besonders erfahrenen Forschers zeigen.

Diese finden sich hauptsächlich in der 10. und 11. These in zwei viel umstrittenen Fragen in bestimmter Weise:

1. Placentarretention wird, verständige Leitung der Nachgeburtsperiode vorausgesetzt, häufiger durch feste Vereinigung, Verwachsung, als durch Zurückhaltung, Retention veranlasst.

2. Placentar-Verwachsung und Placenta-Zurückhaltung schliessen sich mit wenigen Ausnahmen an pathologische Vorgänge in der Schwangerschaft und Geburt an, und zwar ereignen sie sich auf tausend Geburten der zweiten Schwangerschaftshälfte ungefähr 5—8 Mal.

3. Zurückhaltung durch feste Vereinigung kommt relativ häufig vor bei Placenta praevia, Tiefsitz, bei Frauen, bei denen schon früher Placentalösungen sich nothwendig machten, bei Tympania uteri, bei Eklampsie und Nierenentzündung und, was man nicht voraussehen kann, bei abnorm gestalteter Placenta.

4. Bei gesunden Frauen und sonst normalen Geburtsverhältnissen, handelt es sich, wenn Blutungen zur manuellen Wegnahme der Placenta nöthigen, meist um Festhaften kleiner Randpartien, die dann nicht selten im Tubenwinkel sitzen.

5. Primäre Atonie des Uterus führt selten zu einem Haftenbleiben der Placenta oder einzelner Theile derselben Sekundäre Atonie ist bei abnormen Lösungsmechanismus häufig die Folge heftiger Uterusblutungen.

6. Placentazurückhaltung (ohne Verwachsung) erfolgt am ehesten bei Geburtsfällen, in denen das Kind die mangelhaft erweiterten Cervix, ohne dass eine Zerreissung erfolgte, schnell passirt hat, oder wenn durch unpassende äussere oder innere Manipulationen eine Striktur verursacht wurde.

7. Da für eine bestimmte Art von Geburtsfällen das Zurückbleiben der Placenta oder eines Theils derselben mit einiger Wahrscheinlichkeit vorausgesehen werden kann, so sollten für solche Fälle die Hebammen angewiesen werden, sich voraus einen Arzt zu sichern, wenn nicht die Geburtsanomalien sowieso die Herbeirufung eines Arztes fordern.

8. Das Eingehen in den frischentbundenen Uterus ist, eine gründliche Desinfektion der Hände und eine ebensolche Ausspülung der Scheide vorausgesetzt, bei einer Frau die kein Fieber hat, nur von leichten Fiebererscheinungen gefolgt.

9. Die Gefahren können weiter verringert werden, wenn der Arzt die Placenta nur extrahirt, ohne über den Kontraktionsring hinaufzugehen und wenn er bei wiederholtem Eingehen, die Hand jedesmal in einer zurechtstehenden dreiprozentigen Seifenkresollösung abspült.

Handschuhe sind für den, der seine Hände zu desinfiziren versteht, unnöthig.

10. Dementgegen lässt die manuelle Lösung der Placenta bei bestehender Endometritis purulenta (Fieber in partu, Tympania uteri) eine ungünstige Prognose stellen, und es müssen weitere Beobachtungen entscheiden, ob es für diese Fälle nicht zweckmässig ist, unabhängig von etwa bestehender Blutung, unter antiseptischer Tamponade des Uterus, die spontane Ausstossung anzuregen oder abzuwarten.

11. Die Aufstellung der Indikationen für die Wegnahme des infizirten Uterus bei puerperaler Sepsis bietet solche Schwierigkeiten, dass es fraglich erscheint, ob jemals mit einiger Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden kann, die Wegnahme des Organs werde den Krankheitsprozess koupiren.

Schwarze.

Ein Fall von Sturzgeburt.

(Aus der Gynaek. Klinik in Jena.)
Von W. Kunze.
(Centrbl. f. Gyn. N. 5. 1901.)

Der Fall ist forensich interessant, weil die Geburt bei der zweitgebärenden Frau erfolgte, während sich dieselbe in stehender bezw. laufender Haltung befand. Die Nabelschnur riss 20 cm vom Nabelring, 25 cm vom Placentaransatz. Blutung erfolgte aus keiner der beiden Enden, die Whartonsche Sulze war eher gerissen als die Gefässe, welche unregelmässige Ränder zeigten. Das Becken der Frau war eher etwas allgemein verengt, das Kind reif, hatte keine Schädelverletzung. Die Entbundene war so erschrocken bezw. beinahe ohnmächtig durch das Ereigniss, dass sie sich um das Neugeborene gar nicht kümmerte. Verf. weist darauf hin, dass wenn alle obigen Umstände bei einer unverheiratheten Kreissenden ohne Zeugen passirt wären und das Kind durch den Fall an sich oder in einen Eimer oder auf Asche oder dergl. Schaden gelitten hätte oder erstickt wäre, die Verurtheilung der Mutter wegen Tödtung hätte eintreten können.

Schwarze.

70 Beobachtungen von schwieriger Entfernung des kindlichen Schädels oder einzelner Knochen desselben ex utero bei mehr oder weniger protrahirter Retention nach Dekapitation oder Abreissung des Rumpfes vom Schädel bei Extraktion des Kindes an den Füssen.

Von Franz Neugebauer.
(Centralbl. f. Gyn. Nr. 7 und 8 1901.)

Verf. ist der Ansicht, dass die Abreissung des Kopfes vom Rumpfe bei schwierigen Entbindungen und der unglückliche Ausgang dieser Verletzung für die Mutter durch die nachfolgenden Manipulationen zur Entfernung des Kopfes nicht in jedem Falle ein strafbares Verschulden für den Arzt darstellen. — Aus den 70 Beobachtungen, die N. aus allen Litteraturen mit dem nur ihm eigenthümlichen Sammeltalent zusammengetragen hat, geht zwar eine erschreckend hohe Mortalität für die Mütter hervor, andrerseits aber auch eine wunderbare Toleranz des Uterus gegen die in ihm zurückbleibenden Reste des Kopfes und der Placenta, da einzelne Fälle bekannt sind, in denen derartige Reste 10 Jahre lang verweilten! Den Verlauf der einzelnen Fälle und die dabei vorgenommenen Operationen mit ihren Schwierigkeiten muss man im Original nachlesen.

Schwarze.

Augen.

Ein Fall von Exophthalmus pulsans.

Von Dr. A. Barth,
1. Assistent am Kantonsspital Winterthur.
(Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1900. No. 21.)

Einem fünfjährigen Knaben drang die Zinke einer Heugabel am inneren Augenwinkel in die rechte Augenhöhle ein. Die Wunde blutete angeblich sehr stark, das Auge sah unverändert aus. Zwar stand die Blutung auf kalte Umschläge bald, aber nach drei Wochen wurden Veränderungen am Augapfel bemerkt.

Zur Zeit der ersten Untersuchung — sechs Wochen nach dem Unfall — bot das Auge das typische Bild der Vortreibung und Pulsation dar, die erstere betrug 9 mm. Die Venen der Lider und der Bindehaut waren angeschwellt und geschlängelt, die der Netzhaut erschienen gleichfalls in ungewöhnlichem Masse gefüllt und zeigten bei leichtem Druck auf den Augapfel Pulsation. Der sechste Hirnnerv war gelähmt. Etwas oberhalb des inneren Augenwinkels fühlte man ein leises, mit dem Herzspitzenstoss gleichzeitiges Schwirren. Desgleichen hörte man über dem ganzen Schädel ein zischendes Geräusch bei der Herz-Systole, das beim Zusammendrücken der rechten Halsschlagader verschwand.

Es wurde die gemeinsame Halsschlagader rechts unterbunden. Zunächst war der Erfolg recht gering. Noch drei Wochen nach der Operation betrug die Vortreibung 6 mm, und die Lähmung des äusseren Augenbewegungsmuskels schien nur etwas geringer als vor dem Eingriff.

Allmählich aber gingen die Störungen zurück, so dass z. Z. der Veröffentlichung, über ein Jahr nach der Verletzung die Vortreibung nur noch ganz gering, die Nervenlähmung kaum noch nachweisbar war. Statt über der rechten hört man jetzt ein Schwirren über der linken Halsschlagader.

Es handelt sich um eine Anspiessung der rechten Halsschlagader im Sinus cavernosus selbst, mit darauf folgender Blutsackbildung. Der Nervus abduceus kann, nach der Entwickelung und Rückbildung des Krankheitsbildes, nicht wohl direkt verletzt, sondern nur durch den Druck der Blutgeschwulst im Blutleiter, den er durchläuft, zusammengepresst gewesen sein.

Eine Verletzung der Augen-Schlagader kann man nicht annehmen, da der Sehnerv, mit dem sie in engster Verbindung verläuft, nicht geschädigt war und das Aneurysma ein sehr weit verbreitetes Schwirren bezw. Zischen verursachte.

Ueber einen Fall von vollständigem Verlust des Sehvermögens (Neuritis retrobulbaris) nach Angina.

Von Dr. Natanson.
(Wratsch 1901, No. 6.)

Die 17jährige Patientin klagte über Sehschwäche am linken Auge, sowie über Schmerzen in der Tiefe der linken Orbita und in der Umgebung des Auges. Sie gab an, kurz zuvor Influenza, die von Angina begleitet war, durchgemacht zu haben. Die Besichtigung des linken Auges ergab nichts Abnormes. Bei Bewegungen des Augapfels empfindet die Patientin einen Schmerz, desgleichen beim Aufdrücken auf den Augapfel in der Richtung von vorn nach hinten. Die Reaktion der Pupille ist etwas verlangsamt. Sehkraft = 0,7; Augengrund normal. Am rechten Auge Sehvermögen = 1,0 (Hypermetropie). In den nächsten Tagen verschlimmerte sich der Zustand, so dass 4 Tage nach der Aufnahme das Sehvermögen des linken Auges Null betrug. Die erweiterte Pupille verlor die direkte, behielt aber die sympathische Reaktion. Nach 2 Pilocarpininjectionen, die an 2 aufeinander folgenden Tagen gemacht wurden, betrug das Sehvermögen 1,8; 5 Tage später war leichte Hyperämie und Vergrösserung des Querdurchmessers der Pupille des Sehnerven festzustellen. Die Patientin vermochte die Zahl der vorgehaltenen Finger in einer Entfernung von 1—3 m anzugeben, einige Tage darauf in einer Entfernung von 3 m.

Verf. deutet diesen Fall als akute Entzündung des Sehnerven, und zwar des hinter dem Augapfel liegenden Theiles desselben. Die Entzündung führt er auf die Influenza zurück, umsomehr als über Entzündungen des Sehnerven bei Influenza schon mehrfach berichtet wurde. Der grösste Theil der Fälle endete mit vollständiger Genesung, der geringere mit partieller bezw. vollständiger Atrophie des Sehnerven. Was für einen Ausgang die Entzündung im gegebenen Falle annehmen wird, lässt sich vorher nicht sagen.

Lb.

Ueber einen Fall von chronischer Entzündung der Sehnerven bei einem Potator mit Abusus in venere.

Von Dr. Natanson.
(Wratsch 1901, No. 6.)

Der Fall betrifft einen 18jährigen Bauer, der bald nach seiner Hochzeit eine Abnahme des Sehvermögens bemerkt

hat. — Die Zahl der vorgehaltenen Finger vermag der Patient mit dem rechten Auge in einer Entfernung von $1^1/_2$ m, mit dem linken in einer solchen von 2 m anzugeben. Nach 12 Einreibungen von Quecksilber, Jodkaligebrauch und Vermeidung des sexuellen Verkehrs besserte sich der Zustand. Nach Wiederaufnahme des sexuellen Verkehrs neuerliche Abnahme des Sehvermögens. Es wurde zentrales Scotom für grüne und rothe Farbe und eine gewisse Einschränkung der Grenzen des Gesichtsfeldes festgestellt. In Berücksichtigung des Umstandes, dass das Sehvermögen bei längerer Enthaltsamkeit des Patienten zugenommen, bei Wiederaufnahme des geschlechtlichen Verkehrs wieder abgenommen hat, glaubt N. annehmen zu können, dass zwischen der Abnahme des Sehvermögens und dem Abusus in venere bezw. dem relativen Abusus in venere bei dem schwächlichen Patienten, der zudem Potator war, ein Zusammenhang bestand. Lb.

Hygiene.

Untersuchungen über Mundhygiene.

Von Dr. med. C. Röse.
Aus der hygienischen Institut d. Univ. Leipzig.
(Ztschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krankh. XXXVI. H. 2.)

Seit Miller die Bedeutung der Spaltpilze für die Entstehung der Zahnkrankheiten dargelegt hat, sind in der Mundpflege die antiseptischen Spülwässer zur Herrschaft gelangt, und gegenwärtig bilden sie den Gegenstand einer ganzen, mächtigen Industrie. Indessen, die Anschauung, welche der Verwendung der meisten dieser Präparate zu Grunde liegt, ist falsch. Keimfrei lässt sich die Mundhöhle nicht machen, nur ein Ueberhandnehmen der Spaltpilze kann und muss man vermeiden und hierfür ist das beste Mittel die Gesunderhaltung der Mundschleimhaut. Die letztere aber wird gerade durch jedes stärker wirkende Keimtötungsmittel gereizt und auf die Dauer chronisch entzündet.

Ein anderes ist es, ob der Arzt Veranlassung nimmt, eine stark verschmutzte, entzündete, von Spaltpilzen durchwucherte Mundhöhle einmal gründlich durch kräftige Desinfektionsmittel zu säubern, oder ob der gesunde Laie seinen Mund täglich mit einem derartigen Mittel in Berührung bringt. Die Mittel, die dem Publikum zu regelmässigem Gebrauche in die Hand gegeben werden, müssen in erster Linie unschädlich sein, erst in zweiter Reihe kommt ihre positive Aufgabe in Betracht, und diese besteht darin, das Ueberwuchern der Spaltpilze zu verhüten, welches beim Kulturmenschen als Folge der zu weichen Nahrung zu Stande zu kommen pflegt. Diese Aufgabe zu erfüllen ist theils Sache der mechanischen Reinigung, theils würden dafür unschädliche und doch spaltpilztötende Mundwässer nothwendig sein.

Entsprechend diesen Ausführungen hat der Verf. zwei Untersuchungsreihen angestellt eine über die Einwirkung von Mundpflegemitteln auf die Verminderung der Mundspaltpilze, die andere über den Einfluss von Mundwässern auf den Zustand der Schleimhaut. Es würde uns zu weit führen, in diesem kurzen Auszug alle die Vorsichtsmassregeln anzuführen, durch die Verf. sich vor Fehlerquellen geschützt, und die Technik darzustellen, deren er sich bedient hat; betont sei nur, dass die Art, wie die Untersuchungen den strengen Anforderungen der Wissenschaft entsprechen, besonders wohlthuend berührt gegenüber der Unklarheit, welche das industrielle Reklamewesen gerade auf diesem Gebiet systematisch gezüchtet hat.

Als eines der stärksten Antiseptica der Mundhöhle erwies sich 40—60 prozentiger Alkohol, welcher, da er gleichzeitig einen erhöhten Zufluss arteriellen Blutes verursacht, als Mittel gegen Erkrankungen der Mundschleimhaut dringend empfohlen wird. Wenn nach Spülung mit anderen Mitteln der Keimgehalt der Mundhöhle im Laufe der nächsten vier Stunden verglichen wurde, so erwiesen sich als die wirksamsten nächst $^1/_2$prozentiger Sublimatlösung die von Miller angegebenen Sublimat-Benzoe-Lösungen. Recht kräftig wirkte auch noch Salicylsäure (1 : 300) und Formalin ($^1/_2$ Prozent). Etwa um ein Drittel wurde die Zahl der Spaltpilze noch vermindert durch 5—10prozentige Odollösung, um $^1/_6$ bis $^1/_7$ durch 2—5prozentige Lösung von Eau de Botot, welche jedoch in einer andern Versuchsreihe statt Verminderung eine Vermehrung erzielte. Das vielgepriesene Kosmin wirkte recht verschieden, je nachdem es zu Versuchszwecken aus der Fabrik bezogen oder einfach im Laden gekauft war; während z. B. im ersteren Falle eine 5prozentige Lösung noch ganz kräftig desinfizirte, verhinderte sie im letzteren nicht einmal eine geringe Zunahme der Spaltpilzmenge. Lediglich negativen Einfluss hatte Myrrhen, Ratanhia- und Kinotinktur, Lohse's Mundwasser, Odonta und ähnliche Präparate.

Sehr auffallend war der Einfluss der Temperatur auf den Einfluss der Mundwässer. Beispielsweise war R. mit einer guten Zahnbürste bei gleichzeitigem Gebrauch einer indifferenten blutwarmen Flüssigkeit im Stande, das Wachsthum der Mundkeime um 38 Prozent zu vermindern, bei gleichzeitiger Anwendung von blutwarmer physiologischer Kochsalzlösung um 50 Prozent und bei gleichzeitigem Zusatze von 5 Prozent Odol zu derselben um 84 Prozent.

Die zweite Versuchsreihe prüfte, wie viel Mundepithel sich nach den Spülungen abstiess. Hierin erblickt Verfasser nämlich ein Mittel, die eventuelle schleimhautschädigende Wirkung zu messen. Voraussetzung war, dass normaler Weise bei den Versuchspersonen eine an verschiedenen Tagen gleiche Epithelabstossung erfolgte. Die Mehrzahl der üblichen Mundwässer vermehrte diese Abstossung erheblich, die einen unmittelbar durch Abätzung (z. B. Seifenlösungen), die anderen, hierunter besonders die sogen. zusammenziehenden Mittel, allmählich durch Herbeiführung einer Stauung in den Venen und Lymphgefässen. Auf den beigegebenen Tafeln sehen wir im Bilde die übermässig hohen Sedimentsäulen bei Lösungen mancher für harmlos gehaltenen Mittel: 2prozentige Borsäure, 4prozentigen Borax, 1prozentiges übermangansaures Kali, 5prozentigen Tannin, 2- und 5prozentigen Kosmin, 10(?)prozentige Myrrhentinktur u. s. w. Unschädlich sind physiologische Kochsalzlösung und demnächst 5prozentige Lösung von Odol und 2prozentige von doppeltkohlensaurem Natron.

Wir brauchen die Schlusssätze des Verfassers nicht auszuführen, da sie sich ohne Weiteres aus dem bisher Gesagten ergeben.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 14. Januar 1901.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Es fand eine Wiederwahl der bisherigen Mitglieder de Vorstandes und der Aufnahme-Kommission statt. Herr Jolly führte den Vorsitz weiter.

Vor der Tagesordnung

stellt Herr Schiffer einen Fall von angeborenen Kontrakturen eines 9wöchentlichen Kindes, hervorgerufen durch eine geringe Menge Fruchtwasser, vor. Das Kind konnte bald nach der Geburt die Beine „nicht grade machen", und

hält alle Extremitäten im Hüft-, Knie- und Ellbogengelenk stark flektirt. Passiv liessen sich die Kontrakturen nicht völlig ausgleichen. Dabei spannen sich die Beuger an und werden als harter Strang durchgefühlt. Im übrigen normaler Befund. Das Kind stammt aus gesunder Familie und war leicht geboren. Durch die geringe Bewegungsmöglichkeit des Foetus und den Druck des Uterus wären die Extremitäten andauernd in derselben Lage gewissermassen fixirt worden und so die peripheren Veränderungen der Gelenke, Sehnen und Bänder entstanden. Dieser Zustand habe weder mit Tetanie noch mit spastischen cerebralen Lähmungen etwas zu thun. Während der Beobachtung trat unter Anwendung einer Gelenk- und Muskelmassage mit passiven Streckbewegungen, leichter Faradisation und warmen Bädern eine erhebliche Besserung ein. Die Prognose sei günstig.

Herr Block fragt nach den Reflexen, die

Herr Schiffer als gesteigert angiebt.

Herr Kalischer hat abgesehen von solchen multiplen auch isolirt angeborene Kontrakturen beobachtet. Einmal musste die Bicepssehne wegen isolirter starker Kontraktur im Ellbogengelenk durchschnitten werden. Die meisten Fälle verliefen leicht und die willkürlichen Bewegungen der Kinder vermochten schon die Spannungen zu lösen. Auch von ihm gesehene Fälle betrafen organische Hirnerkrankungen, die meist einen schlechten Ausgang nahmen.

Tagesordnung:

1. Herr **K. Mendel**: Krankenvorstellung (Myasthenia pseudo-paralytica).

Das 21jährige Dienstmädchen, welches seit 1899 an der betreffenden Krankheit leidet, zeigt die ausgesprochenen Erscheinungen derselben und empfindet bei jeglicher Thätigkeit alsbald Müdigkeit. Besonders hervorzuheben sind folgende Punkte: in ätiologischer Hinsicht eine starke tuberkulöse Belastung, ferner die Kombination mit Hysterie, indem eine halbseitige Hyperaesthesie bestand, welche wiederholt von der einen auf die andere Seite übertragen werden konnte. Die Pupillen ziehen sich bei Lichteinfall zum ersten und zweiten Mal gut zusammen, dann schwächer und immer schwächer, ohne dass es zur Pupillenlichtstarre kommt. Es handle sich auch hier um ein Ermüden und Wiedererstarken des Pupillenschliessmuskels. Wie in mehreren bekannten Fällen wurden bei der Vorgestellten Nierenveränderungen gefunden, welche sich durch Eiweissausscheidung, hyaline und granulirte Cylinder bekundeten. Von Interesse ist endlich die Unregelmässigkeit des Herzschlages, welcher nach mehreren Schlägen aussetzt. Das Herz erlahme ebenfalls nach einiger Thätigkeit, um nach kurzer Ruhepause wieder von neuem zu arbeiten. Die Arythmie des Pulses könne also als Ausdruck einer myasthenischen Affektion des Herzens aufgefasst werden.

Herr Jolly scheint durch eine im Herbst 1900 vorgenommene Sektion eines Falles von Myasthenie, bei dem der Tod im Erstickungsanfall eingetreten war und wobei sich keine Veränderungen des Nervensystems fanden, sowie durch die bemerkenswerthe Herzaffektion des vorgestellten Falles die Hypothese bestätigt, dass es sich bei dieser Krankheit nicht um eine Störung des Nervensystems, sondern um eine solche des Muskelchemismus handelt.

Herr Oppenheim glaubt in einem Falle der Literatur bereits ähnliche Pupillen- und Herzerscheinungen gelesen zu haben.

Herr K. Mendel erwidert, dass dabei kein Aussetzen des Pulses erwähnt wurde.

2 Herr **Paul Manasse**: Kurze Demonstration zur Neuroplastik.

M. hat bei Hunden den Nervus facialis nach einem Austritt aus dem Schädelknochen durchschnitten, ein Stück weit resecirt und das peripherische Ende an den Nervus accessorius angenäht, ohne denselben anzufrischen.

Die Hunde blieben am Leben und ihre Facialislähmung bildete sich bis zu einem gewissen Grade zurück, ein Beweis dafür, dass der Nervus accessorius die Funktion des Facialis mit übernommen hatte. Die Präparate zeigten deutliche Bündel von Nervenfasern, die vom Accessorius zum Facialis hinübergewachsen waren.

Herr Rotmann fragt, ob von der Hirnrinde aus durch Reizung des Accessorius der Facialis innervirt werden konnte und ob die Kerne des Accessorius auf Veränderungen untersucht sind, welche der gesteigerten Funktion entsprächen.

Herr Remak hat die Versuchsthiere gesehen, aber keine Heilung oder nennenswerthe Wiederherstellung der Facialislähmung finden können. Die Versuche beanspruchten aber ein physiologisches Interesse. R. beobachtete Zuckungen der Oberlippe beim Hunde, welche gleichzeitig mit dem Lidschlag auftraten und die er als Mitbewegungen desselben bei unvollständig geheilter Facialislähmung ähnlich wie beim Menschen auffasst.

Herr Oppenheim weist den vom Vortragenden gemachten Einwand gegen die Anfrischung des Nerven zurück, dass der Kern desselben in seiner Funktionsfähigkeit eine Einbusse erlitte. Durch sekundäre Nervennaht würde nach Durchtrennung von Nerven erfahrungsgemäss Heilung erzielt. Das wiese auf die Geringfügigkeit der Kernveränderungen hin, die sich in der That anatomisch ergebe.

Herr Remak macht auf den Unterschied aufmerksam, ob ein Kern sein eigenes oder ein fremdes Nervengebiet zu versorgen habe.

Herr Rotmann fürchtet nach den Aeusserungen des Herrn Remak, dass an Stelle der richtigen Funktion unrichtige Mitbewegungen durch solche Eingriffe erzielt werden. Die Veränderungen an den Ganglienzellen seien nicht degenerative, sondern vielmehr regenerative.

Herr Oppenheim bestätigt das letztere und hält daran fest, dass der Kern nach Anschneidung des Nerven nicht an Funktionswerth verliere.

Herr Manasse hat sich bei seinen Untersuchungen auf die peripherischen Vorgänge beschränkt und muss andere Fragen weiteren Experimenten überlassen. Die Zeichen der klinischen Wiederherstellung der Facialisfunktion wären soweit vorhanden gewesen, als man von einer solchen überhaupt beim Hund sprechen könnte.

Herr **C. Benda** theilt 1. eine neue Färbungsmethode des Centralnervensystems mit.

Er wendete, um Kontrollbilder für die Marchipräparate zu erlangen, die neue Fettfärbemethode von Sudan an. Die gesonderte Färbung des zerfallenen Fettes erreichte er, indem er Formalinpräparate nach der Weigert'schen Methode vorfärbte und mit Sudan oder besser mit dem Farbstoff „Scharlach R" von Leonor Michaelis nachfärbte. Er erhielt eine gute violette Markscheidenfärbung im Gegensatz zum leuchtenden Roth der degenerirten Fasern.

2. Demonstration von Hypophysispräparaten.

Im Vorderlappen der Hypophyse hat B. drei Arten von Zellen gefunden, eine wenig gekörnte blasse Jugendform, die sich in der foetalen Hypophyse ausschliesslich fand, eine stark gekörnte Zellform, welche aus der ersteren hervorgehe, und eine entkörnte Zellart. In pathologischen Fällen hat er theils eine Verminderung der gekörnten Zelle, bei der Acromegalie eine Vermehrung derselben gefunden. Bei letzterer fand er den Zusammenhang der Geschwulst mit der normalen Hypo-

physe und die gekörnten Zellen innerhalb des Tumors. Aus seinen Befunden eröffne sich die Aussicht, die Aeromegaliegeschwülste als hyperplastische oder parenchymatöse Strumen der Hypophyse betrachten zu können. Bei Fällen von Basedow fand er keine wesentlichen Veränderungen der Zellen. Ein Teratom hatte bei einem Zwerg die Hypophyse völlig zerstört. Die im paralytischen Gehirn als charakteristischer Befund angesehenen Vacuolen erwiesen bei der Sudanfärbung ihre Fettnatur. M. E.

Medizinische Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur.

Klinischer Abend vom 25. Januar 1901.

(Allg. Med. Zentr.-Ztg. 1901 No. 15.)

Herr **Uhthoff.** Doppelseitige Katarakt bei Tetanie. Die Vorgestellte ist eine 30jährige Frau, die seit acht Jahren in typischer Weise an Tetanie leidet. Seit zwei Jahren ist allmählich in beiden Augen Linsentrübung eingetreten.

Die Frage des grauen Staars bei Tetanie wird seit etwa zehn Jahren erörtert. Manche Forscher nehmen eine Beeinträchtigung der Linsen-Ernährung durch Krampfzustände des Ciliarmuskels an; U. neigt mehr zur Annahme einer für beide Krankheiten gemeinsamen Ursache.

Derselbe: Sehnervenschwund bei einem siebenjährigen Knaben. Das Kind wurde in die Klinik aufgenommen, nachdem es seit 14 Tagen unter Erscheinungen einer Gehirnstörung und unter starker Vermehrung der Harnmenge völlig erblindet war. Herderscheinungen fehlten. Nach drei Wochen stellte sich wieder theilweise Sehfähigkeit ein. Links wurden Handbewegungen auf einen halben Meter Entfernung auf dem inneren Theil des Gesichtsfeldes erkannt, rechts war die Sehfähigkeit etwas besser, aber auch auf ein kleines Feld nach innen vom Fixirpunkt beschränkt.

Der ganze Körper hat ein etwas gedunsenes, an Myxoedem erinnerndes Aussehen, die Schilddrüse fehlt oder ist auf einen ganz winzigen Körper verkleinert. Der günstige Einfluss von Thyreoidintabletten ist unverkennbar.

Als Grund der Sehstörung erscheint am Wahrscheinlichsten eine Erkrankung und Vergrösserung des Hirn-Anhanges (Hypophysis.)

Herr Ernst **Deutschländer.** Vollständige rechtsseitige Erblindung nach Zahncaries.

Ein früher gesundes 21jähriges Mädchen hat sich vor zwei Jahren einen rechten Backzahn plombiren lassen. Dann hat sie von dem Zahn nichts mehr gemerkt bis vor vier Wochen. Damals floss unter rechtsseitigem Gesichtsschmerz Blut und Eiter aus der rechten Nasenhälfte. Eines Tages war plötzlich das rechte Auge geschwollen und herausgetreten, die rechte Kopfseite that weh, das Sehen war verschlechtert.

Objektiv bestand eine Caries des zweiten rechten Backzahns, von hier aus eine Eiterung der Kieferhöhle. Der Augapfel war stark vorgetrieben, fast unbeweglich, die Sehkraft gleich Null. Die Lider waren oedematös, die Bindehaut oben war angeschwollen. Es bestand ein Abscess der Augenhöhle.

Zunächst wurde versucht, von der Kieferhöhle aus zu dem Abscess Zugang zu gewinnen, das gelang jedoch nicht. Erst später war man im Stande, vom oberen Lide her den Abscess zu entleeren. Die Eiterhöhle heilte aus, das Auge blieb erblindet. Mit dem Spiegel ergab sich Sehnervenschwund.

Herr **Günsburg.** Fall von mittelstarkem, einseitigem Exophthalmus.

Es handelt sich um eine seit $^3/_4$ Jahren unveränderte, keinerlei Störungen verursachende, nicht pulsirende Vortreibung des rechten Auges. Die Ursache ist völlig unklar. Vortr. glaubt entweder an eine varicöse Gefässveränderung in der Augenhöhle oder an eine weiche Geschwulst. Herr Förster erinnert an die Möglichkeit einer einseitigen Fettgewebswucherung.

Herr **Roscher.** Fremdkörper in der Iris.

Eine Frau war mit einem Eisendraht ins rechte Auge geschlagen worden. Es fand sich eine Hornhautwunde mit Vorfall der Regenbogenhaut. Der Vorfall wurde abgetragen. Trotz Atropineinträufelung und Kochsalzeinspritzung unter die Bindehaut blieb die Pupille eng. Auch etwas Lichtscheu und stärkere Füllung der tiefen Gefässe blieb zurück.

In der dritten Woche buckelte sich der untere Teil der Regenbogenhaut vor, diese Partie verfärbte sich gelblich, erreichte die Gegend der Hornhautnarbe und brach hier nach aussen auf. Es entleerte sich wenig Eiter. Als ein zweites Knötchen zum Vorschein kam, machte sich eine Reizung des bisher gesunden Auges geltend, die den Anlass zur Auslöffung des kranken Augapfels gab.

Man fand in der infiltrirten Stelle der Regenbogenhaut einen ziemlich grossen Fremdkörper pflanzlicher Herkunft, zwei kleinere, ebenso beschaffene, in der getrübten Linse.

Später musste noch der ganze Augapfel entfernt werden. Es zeigten sich Erscheinungen der Eiterung im Glaskörper und Sehnervenkopf.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall liegt nicht vor.

Rek.-Entsch. v. 6. 11. 1900.

Der Häuer F. aus Gorma ist am 8. Juni 1899 Morgens gegen 5 Uhr, als er Nachtschicht hatte, aus der Grube zu dem auf derselben anwesenden Steiger gekommen und verlangte Hoffmannstropfen aus der Grubenapotheke, angeblich gegen Magenschmerzen, an denen er schon öfter gelitten haben will. Die Tropfen wurden dem F. gegeben und er verliess die Grube mit einem Kurschein, um sich neben der Arbeit der ärztlichen Behandlung zu unterziehen. Am 9. Juni Morgens 4 Uhr ist F. dann verstorben. Nachdem der Betriebsführer der Grube von dem Tode des F. Kenntniss erhielt, hat er die Mitarbeiter des Verstorbenen befragt, ob F. in der Nachtschicht irgend ein Unfall betroffen habe. Diesen war nicht bewusst, dass F. irgend etwas von einem ihm zugestossenen Unfall geäussert habe. Kurz vor Mitternacht habe F. einen vollen entgleisten Förderwagen mit ihnen gemeinschaftlich wieder in die Förderbahn gehoben und nachher noch für 6 Wagen Kohlen in der Strecke gehauen und diese Wagen gefüllt. Die Hinterbliebenen stellten Antrag auf Gewährung der gesetzlichen Entschädigungen, da F. in Folge eines Unfalles gestorben sei. Da die Leichenöffnung als Todesursache den Durchbruch eines alten Magengeschwürs in die Bauchhöhle mit schnell tödtlich verlaufender eitriger Bauchfellentzündung festgestellt hatte und F. nach dem ärztlichen Gutachten in kürzester Frist dem Leiden erlegen wäre, auch wenn er garnicht mehr gearbeitet hätte, lehnte der Sektionsvorstand den Entschädigungsanspruch ab. Das Schiedsgericht nahm dagegen an, dass die beim Wageneinheben bethätigte Anstrengung eine Beschleunigung des Todes herbeigeführt habe, dass F. also in Folge des Unfalles vorzeitig ums Leben gekommen, somit im Sinne der §§. 4 und 6 des Unf.-Vers.-Ges. durch den Unfall getödtet worden sei und bewilligte den Hinterbliebenen die gesetzlichen Renten. Auf den Rekurs der Berufsge-

nossenschaft hin hat das R.-V.-A. das Schiedsgerichtsurtheil aufgehoben und den Sektionsbescheid wiederhergestellt. Gründe:

Dass der Häuer Eduard F. an einem alten Magengeschwür gelitten hat und in Folge des Durchbruchs desselben in die Bauchhöhl und einer dadurch herbeigeführten, schnell tödtlich verlaufenden eitrigen Bauchfellentzündung verstorben ist, ist nach dem Sektionsbefunde und dem Gutachten der obduzirenden Aerzte Dr. F. und Dr. U. unzweifelhaft. Es fragt sich nur, ob das Einheben des entgleisten Wagens, welches F. in der Nacht vor seinem Tode, kurz vor Mitternacht bewirkt hat, diesen Durchbruch des Magengeschwürs gewaltsam bewirkt und somit den Tod des F. beschleunigt hat. Dies ist nach den Gutachten der Sachverständigen zu verneinen. Der Geheime Sanitätsrath Dr. R. bekundet in seinem Gutachten vom 24. Februar 1900 nach ausführlicher Begründung, dass F. nicht im Stande gewesen wäre, nach erfolgtem Durchbruch seines Magengeschwürs noch diejenige Arbeit zu verrichten, welche er nach Ausweiss der Akten, insbesondere dem Zeugniss seines Mitarbeiters K., nach dem Einheben des entgleisten Wagens noch thatsächlich verrichtet hat. Hieraus ergiebt sich — wie derselbe Sachverständige sagt — dass das Einheben des Wagens von dem Einreissen der erkrankten Magenwand weder begleitet, noch auch unmittelbar gefolgt war. Da nun aber die erkrankte Stelle der Magenwand — wie die Sektion ergeben hat — nur noch seidenpapierdünn war, so ist nicht denkbar, wie die Anstrengung beim Einheben des entgleisten Wagens anders beschleunigend auf den Durchbruch des Magengeschwürs hätte wirken sollen, als indem sie die dünne Membrane der Magengegend zum Platzen oder Einreissen brachte. Diese Wirkung ist aber eben nicht erfolgt. Es wären sonst sofort schwere Erscheinungen eingetreten, die den F. zur Fortsetzung seiner Arbeiten unfähig gemacht hätten, und da diese thatsächlich nicht eingetreten sind, F. vielmehr seine Arbeit nach dem Einheben des Wagens noch mehrere Stunden fortgesetzt hat, so ist eine beschleunigende Wirkung dieses Einhebens auf den Durchbruch des Magengeschwürs nicht anzunehmen. Dies ergiebt auch das Gutachten des Professors Dr. R. vom 28. Februar 1900, der sich im Uebrigen den Ausführungen des Geheimen Sanitätsraths Dr. R. anschliesst.

Hiernach ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Tode des F. und dem Einheben des entgleisten Wagens nicht nachweisbar.

Beschleunigung des Todes durch einen Unfall.

R.-Entsch. vom 22. November 1900.

Droschkenkutscher Paul W. in B. wurde am 29. Mai 1899 bei dem Zusammenstosse seines Wagens mit einem anderen vom Bocke geschleudert und bewusstlos in das Krankenhaus zu M. gebracht, welches er am 30. Juni 1899 geheilt verliess. Zehn Tage später soll er plötzlich in seiner Wohnung umgefallen sein und wurde in Folge dessen wiederum in das Krankenhaus gebracht, wo ausser Husten und Fieber schlechte Herzthätigkeit und hochgradige Verkalkung der Blutgefässe festgestellt wurde. Am 15. Juli 1899 starb W. Die Sektion ergab nach dem Gutachten des Dr. H. eine heftige Entartung des Herzmuskels und eine schwere Gefässverkalkung; ausserdem bestanden an mehreren Stellen des Gehirns Veränderungen, die auf früher stattgefundene Blutungen hinwiesen. Frische Blutungen, die in Zusammenhang mit dem Unfall hätten gebracht werden können, bestanden nicht. Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht wiesen den Entschädigungsanspruch zurück, da kein Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tode des W. bestehe und als festgestellt angenommen werden müsse, dass eine Lungenentzündung, die an das, bei dem fettleibigen W. ohnehin schwache Herz hohe Anforderungen stellte, im Verein mit der bestehenden Gefässverkalkung zu einer tötlichen Herzschwäche führte; letztere sei als die eigentliche Todesursache zu bezeichnen. Gegen diese Entscheidung hat die Wittwe W. Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihr eine Rente zuzuerkennen und führte aus, bis zum Unfalle habe ihr Ehemann seinen Dienst als Droschkenkutscher in vollem Umfange versehen, am 30. Juni 1899 sei er als angeblich geheilt aus dem Krankenhause M. in B. entlassen worden, er habe aber damals den Eindruck eines Kranken gemacht und die Arbeit nicht mehr aufgenommen. Auf Beschluss des Rekursgerichts sind die Direktion des städtischen Krankenhauses M. um eine Mittheilung darüber, an welcher Krankheit der Droschkenkutscher W. während der Zeit vom 29. Mai 1899 behandelt worden ist, und das Königl. Polizeipräsidium in B. um Erhebungen darüber ersucht worden, ob W. nach seiner am 30. Juni 1899 erfolgten Entlassung aus dem Krankenhause gearbeitet hat. Die Direktion des erwähnten Krankenhauses hat darauf eine Abschrift aus dem Krankenjournale, das Polizeipräsidium einen Bericht des Revierbeamten vom 6. Juni 1900 eingesandt. Demnächst ist auf Ersuchen des Reichs-Versicherungsamts Dr. Wolff L. in B. durch das Königl. Amtsgericht I daselbst als Zeuge und Sachverständiger eidlich darüber vernommen worden, an welcher Krankheit W. in der letzten Zeit vor seinem Tode behandelt worden und an welcher Krankheit er gestorben ist. Schliesslich hat das Rekursgericht den Prof. Dr. G. in B., leitender Arzt der inneren Abtheilung des Krankenhauses in M., um ein Obergutachten darüber ersucht, ob der Unfall des W. vom 29. Mai 1899 unmittelbar oder mittelbar seinen Tod herbeigeführt, oder ihn beschleunigt hat. Der Obergutachter führte aus, W. wäre auch ohne den Unfall schliesslich an seinen Erweichungsherden im Gehirn zu Grunde gegangen, wahrscheinlich sei aber durch den Unfall der Tod beschleunigt worden. Das Reichs-Versicherungsamt sprach der Wittwe eine Rente zu und führte aus, das Rekursgericht trug kein Bedenken, seiner Entscheidung das auf eingehender Würdigung aller in Betracht kommenden, zum Theil erst im Rekursverfahren ermittelten Umstände beruhende Obergutachten des Professors Dr. G. vom 20. Oktober 1900 zu Grunde zu legen. Danach muss es als erwiesen gelten, dass der Unfall, der dem W. am 29. Mai 1899 zugestossen ist, seinen Tod wesentlich beschleunigt hat. Hieraus ergiebt sich die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft, die Klägerin für die Folgen dieses Unfalls zu entschädigen. M.

Aus dem Kammergericht.

Der Titel „Arzt".

Entsch. vom 25. Februar 1901.

Der Naturheilkundige L. hatte sich auf seinem Geschäftsschilde und in Annoncen als „Naturarzt ohne Approb." bezeichnet. Nach § 147 (3) der Gewerbeordnung macht sich derjenige strafbar, welcher, ohne hierzu approbirt zu sein, sich als Arzt — Wundarzt, Augenarzt, Zahnarzt, Thierarzt — bezeichnet oder sich einen ähnlichen Titel beilegt, durch den der Glauben erweckt wird, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medizinalperson. Auf Grund dieser Bestimmung verurtheilte das Schöffengericht L. zu 150 M. Geldstrafe und die Strafkammer verwarf die eingelegte Berufung des Angeklagten. In seiner Revision betonte L., ein Naturarzt wende nur Wasser, Licht und Luft zur Heilung menschlicher Leiden an, während ein approbirter Arzt, wie allgemein bekannt sei, andere Mittel gebrauche. Der Strafsenat des Kammergerichts wies jedoch die Revision des Angeklagten als unbegründet ab und führte

aus, die Revision scheitere an der Feststellung des Vorderrichters, dass der Angeklagte sich als Arzt bezeichnet habe, ohne hierzu approbirt zu sein; der Angeklagte hätte sich auch unter keinen Umständen dieses Titels mit einem Zusatze bedienen dürfen; auf alle Fälle sei aber festgestellt, dass der Angeklagte sich einen arztähnlichen Titel beigelegt habe, durch welchen der Glaube erweckt werde, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medizinalperson. M.

Canitz und Genossen.
Entsch. vom 11. März 1901.

C. und acht Genossen waren vom Schöffengericht zu Berlin auf Grund des §. 147 (3) der Gewerbeordnung zu erheblichen Geldstrafen verurtheilt worden, weil sie, ohne approbirt zu sein, sich einen arztähnlichen Titel beigelegt hätten, durch welchen der Glaube erweckt werde, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medizinalperson. Auf die Berufung der Angeklagten wurden sie jedoch freigesprochen. Die Angeklagten hatten ein Zeitungsinserat des „Deutschen Vereins der Naturärzte und Naturheilkundigen" mit ihren Namen unterzeichnet und auch die Sprechstunden und Wohnungen angegeben. Das Landgericht nahm an, dass die Angeklagten nicht die Absicht gehabt hätten, sich dem Titel Naturarzt beizulegen; der Ausdruck „Naturheilkundiger" falle nicht unter §. 147 (3) der Gewerbeordnung. Dem Verein sollen zur kritischen Zeit auch approbirte Aerzte angehört haben, die aber nunmehr ausgeschieden seien. In der Revision beim Kammergericht suchte die Staatsanwaltschaft nachzuweisen, dass die Vorentscheidung unzutreffend sei, wenn sie ein entscheidendes Gewicht darauf lege, dass die Angeklagten nicht die Absicht gehabt hätten, sich einen arztähnlichen Titel beizulegen; es genüge das Bewusstsein, dies gethan zu haben. Das Kammergericht hob auch die Vorentscheidung auf und wies die Sache an die Vorinstanz mit der Begründung zurück, es komme nicht darauf an, ob die Angeklagten die Absicht gehabt hatten, sich einen arztähnlichen Titel beizulegen, entscheidend sei vielmehr, ob die Angeklagten das Bewusstsein hatten, dass jene Bezeichnung im Inserat geeignet gewesen sei, beim Publikum den Glauben zu erwecken, es handle sich um geprüfte Medizinalpersonen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Knapp, Priv.-Doc. Dr. Ludwig in Prag. Geburtshilflich-stereoskopische Aufnahmen bei Seitz & Schauer, München. Mk. 5.—

Die stereoskopische Wiedergabe der einzelnen Phasen des Geburtsmechanismus und der geburtshilflichen Manipulationen ist eine originelle Idee und für den Anschauungsunterricht von entschiedenem Werthe. 18 Aufnahmen veranschaulichen die Geburt bei Kopflagen in den verschiedenen Stadien, 10 weitere die Beckenend- und Querlagen, einzelne pathologische Beckenformen und die Anlegung der Zange und des Braunschen Schlüsselhakens. Die Aufnahmen sind sehr klar in schwarz und weiss hergestellt, vielleicht würden sie noch drastischer in anderen Farbengegensätzen sein. Eine Fortsetzung ist beabsichtigt. Schwarze.

Baumm, Dr. Paul. Die praktische Geburtshülfe in ihren Hauptzügen. Ein Wiederholungsbuch für Hebammen. Berlin 1901 bei Elwin Staude. Pr. 1 M.

Verf. ist Direktor der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt in Breslau und hat diese Anleitung praktisch erprobt beim Hebammenunterricht und den Wiederholungskursen für Hebammen. Die Anordnung und Darstellung lehnt sich an das Preussische Hebammen-Lehrbuch an, hat aber doch eine andere Form der Darstellung, sodass ein verständnissloses Repetiren ausgeschlossen ist. Ich halte diese Anleitung zu ihrem Zweck für ganz besonders klar und zweckmässig.

Schwarze.

Gerber, Dr. P. H., Privatdozent in Königsberg, Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Berlin, S. Karger. 1900. 48 Seiten. 1,50 Mark.

Ueber das in Rede stehende Thema ist in jüngster Zeit viel geschrieben worden, und doch kann die Lektüre der vorliegenden kleinen Schrift gerade auch dem ärztlichen Sachverständigen angelegentlich empfohlen werden. Die Arbeit enthält für den Praktiker eine grosse Zahl beherzigenswerther Winke, und man kann dem Verfasser, abgesehen vielleicht von einer etwas zu weit gehenden Einseitigkeit, mit der er jede Mittelohreiterung lediglich als naso-pharyngealen Ursprungs aufgefasst wissen will, in allen Punkten zustimmen und ihm die weiteste Verbreitung seiner Anschauungen und seiner Rathschläge wünschen.

Zuerst führt Verfasser die Ursachen der Mittelohreiterungen — Erkältung, mechanische Verletzung, Wucherungen im Nasenrachenraum, Infektionskrankheiten — im Einzelnen auf und erörtert dann die Art und Weise, wie durch diese Ursachen Mittelohrentzündungen zu Stande kommen. Er spricht dabei den Infektionskrankheiten eine spezifisch schädigende Wirkung auf das Mittelohr ab und lässt sie alle nur die Rolle einer Schädigung spielen, die den Boden für das Eindringen der im übrigen immer gleichen Entzündungserreger (Strepto-, Staphylo-, allenfalls auch Pneumococcen) vorbereitet und ebnet. Da Verf. hierbei zu dem Schlusse kommt, dass die Infektionskeime fast immer vom Nasen-Rachenraum her eindringen, so ist der nun folgende Abschnitt der Hygiene der Nase und des Halses gewidmet, wobei besonders auf die Abhärtung und die Mund- und Nasenathmung Rücksicht genommen ist. Das richtige Schnäuzen, auf das die Ohrenärzte von jeher hingewiesen haben, wird gebührend gewürdigt, desgleichen das Gefährliche der Nasendouche, vor der gar nicht genug gewarnt werden kann, und das Schädliche planloser Ohrausspülungen. Den Werth des Gurgelns für die Hygiene des Rachens überschätzt Verf. vielleicht etwas, während er nicht erwähnt, dass man die durch das Gurgeln erreichte Reinigung des Rachens noch weiter wesentlich unterstützen kann durch Trinkenlassen von heissem Thee oder kohlensäurehaltigen Kochsalzquellen oder alkalischen Mineralwässern in reichlichen Mengen.

Sehr empfehlenswerth ist das auch anderwärts bereits eingeführte Verfahren des Verfassers, den Patienten gedruckte Verhaltungsmassregeln in die Hand zu geben; es sind in der Schrift Verhaltungsmassregeln nach Operationen in Nase und Rachen zusammengestellt und ebenso Massregeln zur Verhütung der Ohreiterungen für Familie und Haus.*) Nicht minder praktisch ist das sechs Punkte enthaltende Resumé für den Hausarzt bei Scharlach, Masern, Influenza und ähnlichen Krankheiten.

Richard Müller.

F. Ahlfeld. Genese, Prophylaxe und Behandlung der Eklampsie. München 1901. Seitz und Schauer.

Verf. wendet sich gegen die Anschauungen, welche in dem Auftreten der Eklampsie Gruppenbildung und Infektiosität beobachten zu können glauben; im Gegentheil behauptet er, dass von einer Uebertragung der Eklampsie von Fall zu Fall

*) Diese sind separat in Blockform im Verlage von S. Karger, Berlin, erschienen und durch die Buchhandlungen zu beziehen.

nicht die Rede sein könne. Das Wesen der Erkrankung bestände in einer schweren Autointoxikation, welcher unbekannte, vielleicht aber durchaus normale, physiologische Zersetzungsprodukte zu Grunde liegen und welche nur durch mangelnde Ausscheidung, also primäre Niereninsuffizienz zu toxischer Anhäufung und Wirkung gelangen; wenigstens erscheint dieses Moment und die mancherlei zusammentreffenden Ursachen als das Wichtigste. Sehr geschickt sind die Belege für die Anschauung ausgeführt, welche zugleich auch die statistisch erwiesene grösste Häufigkeit der Fälle bei Erstgebärenden und der wieder bei Erstlingszwillingsschwangerschaften verständlich machen, welche Fälle natürlich den grössten intraabdominellen Druck aufweisen. Weitere Untersuchungen haben noch festzustellen, ob es wirklich eine Eklampsie ohne Betheiligung der Nieren giebt. Da Ahlfeld meist gewisse Prodrome beobachtet hat, so wären auch die Hebammen in ihrer Kenntniss zu unterrichten, um rechtzeitig prophylaktische Massnahmen ins Werk zu setzen. Von den bekannten Leitsätzen der Behandlung durch schnelle Beendigung der Entbindung sei besonders die Forderung schonenden Verfahrens hervorgehoben, da selbst brüskes Untersuchen und vieles Betasten die Krämpfe steigert; auch auf die nach obigen Darlegungen verständlichen Wirkungen des einfachen Blasensprunges sei hingewiesen. Sehr wichtig erscheint uns ferner die Bekämpfung lang dauernder Chloroformanwendungen mit ihren Gefahren degenerativer Organveränderungen, einer grob symptomatischen Therapie deren rationelle Grundlage recht mangelhaft gewesen ist. Ebenso warnt der Verf. vor Chloral und Morphium. Wohl das praktisch Wichtigste der Arbeit ist des Verf. rückhaltloses Eintreten für die Anwendung hydriatischer Massnahmen in allen Stadien der Prophylaxe und Therapie. Und in der That werden hier warme Vollbäder und Ganzpackungen allen möglichen Indikationen gerecht, wie Ref. aus eigner wiederholter Erfahrung bestätigen kann. Dass Verf. überall statt Ganzpackung die nicht jedem ohne Weiteres verständliche Bezeichnung Jaquetsche Einwicklung anwendet, ist nicht sehr geschmackvoll. Vom theoretischen wie praktischen Standpunkt des Hydrotherapeuten ist es bedenklich wenn Ahlfeld bei normaler Körpertemperatur und schwachen Personen „lauwarmes Wasser" für diese Packungen empfiehlt. Einmal ist lauwarm eine ganz unbestimmte Grösse, und zweitens ist sie unter Umständen geeignet statt der erstrebten Reaktion das Gegentheil, ein unangenehmes Frösteln hervorzurufen. Wer in einer kalt angelegten Packung nicht sofort warm wird, muss frottirt werden und überall Wärmkruken angelegt bekommen, eine Massnahme die bei Eklamptischen durchweg zu empfehlen ist, um die Reaktion schnell und ergiebig zu gestalten, also Erhöhung des gesetzten Reizes, nicht unphysiologische Herabminderung ist am Platz.

Marcinowski, Dresden-Trachau.

Zur Besprechung eingegangen:

O. Rapmund, Reg.- u. Geh. Med. R. in Minden, Prof. A. Cramer in Göttingen, und Priv.-Doz. Dr. G. Puppe in Berlin. Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige. Lieferung I—III. Berlin 1900. Fischers mediz. Buchhandlung. Preis d. Lief. 2 M.

Dittrich, Dr. Paul, o. o. Prof. in Prag. Praktische Anleitung zur Begutachtung der häufigsten Unfallsschäden der Arbeiter. Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig 1901. 224 S. 5 Mark.

Löwenfeld-Kurella. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden, I. F. Bergmann 1900/1901.

H. IV. Finzi, Prof. Dr. Jacopo in Florenz. Die normalen Schwankungen der Seelenthätigkeit. 29 S. Pr. 1 M.

H. V. Koch, Dr. I. L. A., Direktor a. D. Abnorme Charaktere. 42 S. Pr. 1 M.

H. VI/VII. Friedmann, Dr. M., Nervenarzt in Mannheim. Ueber Wahnideen im Völkerleben. 105 S. Pr. 2 M.

H. VIII. Freud, Dr. Sigm. Priv.-Doz. in Wien. Ueber den Traum. 38 S. Pr. 1 M.

Becker Dr. Karl. Handbuch der Medizinalgesetzgebung im Königreich Bayern. Heft IV. Das niederärztliche Personal (Bader und Hebammen) München 1900, I. F. Lehmann. 130 S. Pr. 3 M. 20 Pf.

Joh. Müller und Otto Seifert. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Würzburg, A. Stubers Verlag 1900/1901. (Je 12 Hefte bilden einen Band von ca. 20 Druckbogen. Subscriptionspreis 7,50 M.)

H. 1. Prof. O. Seifert: Die Nebenwirkungen der modernen Arzneimittel.

H. 2. Doz. Dr. Joh. Müller: Die Gallensteinkrankheit und ihre Behandlung.

H. 3. Prof. Dr. Hoffa: Die blutige Operation der angeborenen Hüftgelenksluxation.

H. 4. Doz. Dr. I. Sobotta: Neuere Anschauungen über Entstehung der Doppelmissbildungen mit besonderer Berücksichtigung der Zwillingsgeburten.

H. 5. Doz. Dr. W. Weygandt: Die Behandlung der Neurasthenie und Hysterie.

Gebührenwesen.

Der Handelsminister hat seine neulich erlassene Verfügung über die Wahl der ärztlichen Sachverständigen bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung dahin abgeändert, dass die Bestimmung über die Bezahlung der Leistungen lautet: Die den ärztlichen Sachverständigen für die Theilnahme an den Sitzungen zustehende Vergütung wird zu Beginn jeden Kalenderjahres durch Beschluss des Schiedsgerichts allgemein festgesetzt. Hinsichtlich der Bemessung der Vergütung für die sonstigen Verrichtungen der ärztlichen Sachverständigen sind die Vorschriften der Verordnungen vom 9. März 1872 (Gesetz betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten) und 17. September 1876 (Verordnung über die Tagegelder der Medizinalbeamten) massgebend.

Tagesgeschichte.

Zur Medizinalreform.

Die Beschlüsse der Budgetkommission zu Gunsten einer besseren Ausbildung und günstigeren materiellen Stellung der Kreisärzte sind an dem Widerstand der Regierung gescheitert. Herr Miquel hat dem Wohnungsgeldzuschuss gegenüber eine absolute Ablehnung ausgesprochen und sich nur bereit erklärt eine Erhöhung des Durchschnittsgehalts auf 2700 Mark anzunehmen, wofür eine Summe von $1/_4$ Million verfügbar sei.

Der Gegenstand wurde zu nochmaliger Berathung an die Budgetkommission zurückverwiesen und im Sinne der Regierung erledigt. Der Ruf nach einer dementsprechenden Erhöhung des Mindestgehalts verklang unerhört. Es scheint also, dass die Regierung Werth darauf legt, eine Reihe von Physikatsstellen gerade mit 1800 Mark zu dotiren.

Bemerkenswerth waren bei der Verhandlung im Plenum besonders die Ausführungen des Abg. Winckler (konservativ), welcher die Unzufriedenheit seiner Partei damit ausdrückte, dass die Feststellung der einzelnen Gehälter allzusehr dem

Belieben der Regierung überlassen sei, der aber andererseits namens seiner Fraktionsgenossen erklärte, dass sie jetzt die Gehälter der Kreisärzte für vollkommen ausreichend bemessen halten und einer Wiederholung der Forderung von Wohnungsgeldzuschuss widersprechen würden.

Der Gebührengesetzentwurf ist nicht zum 1. April erledigt worden. Bei seiner Berathung äusserten die Vertreter des Centrums und der Rechten Bedenken, ob nicht die Gemeinden zu sehr belastet würden. Es wurde Kommissionsberathung beschlossen — und dann ging das hohe Haus in die Osterferien.

Die Stempelgebühr für den Titel Sanitätsrath.

Bei der endgiltigen Erledigung des Kultusetats hat der Abgeordnete Göschen (nationalliberal) die Regierung bezüglich der 300 Mark interpellirt, die für die Verleihung des Titels Sanitätsrath von nichtbeamteten Aerzten eingezogen werden. Er führte aus, dass seinerzeit bei der Kommissionsberathung des Stempelsteuergesetzes die Regierung eine Erklärung abgegeben habe, aus der die Kommissionsmitglieder entnahmen, dass Aerzte ebensowenig wie Rechtsanwälte die Steuer zu zahlen haben würden. Später sei dann von dieser Erklärung gar kein Gebrauch gemacht worden, und in den Kommentaren heisse es: Bei Rechtsanwälten sei es etwas anderes, die gälten eben nicht als Privatpersonen im Sinne des Tarifes. Hier liege eine völlig willkürliche Deutung vor.

Abg. Winckler betonte ausdrücklich, dass seine Partei — die konservative — ohne jene Erklärung in der Kommission die betreffende Position im vorliegenden Wortlaut wahrscheinlich nicht angenommen haben würde.

Der Regierungsvertreter beschränkte sich im Wesentlichen darauf, sich auf die Autorität des Reichsgerichts zu stützen, das die Erklärung in der Kommission nicht als bindend für die Auslegung des Gesetzes angesehen hat.

Darauf entgegnete der Abgeordnete Sattler: Das sei der Hauptvorwurf, der der Regierung gemacht werde, dass sie „durch falsche, nachher durch die Thatsachen nicht bestätigte Erklärungen eine Fassung des Gesetzes durchgedrückt hat, welche sich mit den Erklärungen nachher in der Praxis nicht hat vereinigen lassen." Da sei es eben Pflicht der Regierung, sofort für eine Aenderung des Gesetzes zu sorgen.

Der nächste Akt der diesbezüglichen Verhandlungen spielte sich bei der dritten Etatsberathung, und zwar beim Kapitel „Indirekte Steuern" ab. Hier beantragte der Abg. Göschen, die Regierung aufzufordern, den Stempel für Verleihung der Titel „Sanitätsrath" und „Geheimer Sanitätsrath" ausser Hebung zu setzen. Der Finanzminister setzte dem ein entschiedenes „non possumus" gegenüber und erklärte sich nur bereit, auf eine weitere Ausdehnung der Stempelerlassung im Gnadenwege hinzuwirken. Eine Rangerhöhung müsse einen angemessenen Ausgleich in einer Gebühr finden; das sei ein alter Grundsatz.

Die Abgg. von Löbell und Winckler von der konservativen Partei billigten die Tendenz des Antrages Göschen und wünschten nur dessen Fassung verändert, während der Centrumsabgeordnete Porsch nach der Erklärung des Ministers den Antrag für überflüssig hielt. Nachdem schliesslich Herr von Eynern konstatirt hatte, dass die Schätzung der Einnahmen, zu deren Verwirklichung der Finanzminister die sämmtlichen Stempelsätze für nothwendig erklärt hatte, thatsächlich weit überholt worden ist, wurde die Resolution Göschen an die Budgetkommission verwiesen.

Lungenheilstätten.

Im Reichstag ist eine Resolution der Budgetkommission vom Plenum angenommen worden, wonach in den Reichshaushaltsetat für 1902 eine entsprechende Summe zur Förderung der Bekämpfung der Lungentuberkulose, insbesondere zur Errichtung von Lungenheilstätten eingestellt werden soll.

Verurtheilte Aerzte.

Die vom Reichsgesundheitsamt veröffentlichte Sammlung gerichtlicher Entscheidungen aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege bringt in einem ihrer letzten Abschnitte eine Zusammenstellung von Urtheilen gegen Aerzte, die in den beiden letzten Jahren ergangen sind. Ein kurzer Ueberblick über dieselben dürfte als Beitrag zur Kenntniss der Irrwege, auf die ungenügende Kenntnisse, Mangel an Aufmerksamkeit, und — leider müssen wir hinzufügen: moralische Skrupellossigkeit den Arzt zu führen vermögen, nicht uninteressant sein.

Dr. R. zeigte an, dass er durch ein neues Mittel, zwei Flaschen zu 2,40 bezw. 3,60 Mark Harn- und Blasenleiden, frische wie veraltete, garantirt sicher heile. Eine Frau bestellte das Wundermittel für ihr Töchterchen. Die Flaschen kamen auch, auf der Etiquette hiess es aber: die nähere Gebrauchsanweisung, die auf Verlangen zugeschickt wird, enthält auch genaue Verhaltungsmassregeln und ist für den Patienten nicht nur empfehlenswerth, sondern sogar nothwendig. Preis 1,20 Mark. Die Frau wusste ohne diese Gebrauchsanweisung mit der Flüssigkeit nichts anzufangen und bestellte daher auch noch jene. Als sie aber daraufhin einen Nachnahmebrief über 3,60 Mark erhielt, wies sie ihn zurück. Dr. R. wurde zu 3 Tagen Gefängniss bezw. 100 Mark Geldstrafe verurtheilt. Er legte Berufung ein und behauptete, der Preis der Medizin sei angemessen, und die von ihm selbst geschriebene Gebrauchsanweisung sei eine selbständige, besonders zu vergütende Leistung. Mit der Anzeige habe er lediglich Aerzte auf das Mittel aufmerksam machen wollen (in einem Lokalblatt, das monatlich 50 Pfennige kostet!). Die Gebrauchsanweisungen schreibe er induviduell verschieden je nach der Eigenart des Falles (nach einfacher Bestellung per Postkarte!). Das Berufungsgericht fand in dem ganzen Gebahren des Angeklagten das Bild des Schwindelhaften und den Thatbestand des Betrugsparagraphen. Es bestätigte das erste Urtheil. — Schade, dass nicht alle die ärztlichen Helfershelfer der Kurpfuscherei so ungeschickt sind, sich fassen zu lassen. —

Der Anstaltsarzt Dr. K., Leiter einer Abtheilung für Irrenpflege geisteskranker Armer, zweifelte an der Echtheit der Geistesstörung des als Verrückten eingelieferten 50jährigen Schlossers E., der schon in 4 Irrenanstalten gewesen war, in einer allerdings für einen bösartigen Geistesgesunden gehalten worden war. Als E., ein Querulant, einen Aufseher thätlich „beleidigte", liess K. ihn douchen. Die Zeugen meinen, dass das Douchewasser 14—17° Reaumur hatte, und die Douche strömte mindestens 10 Minuten lang aus ca. 1 Meter Höhe auf den Kranken. Als er dann herausgenommen wurde, bemerkte Dr. K., dass E. unter den Händen der Wärter zu sterben scheine. Er nahm sofort Wiederbelebungsversuche vor, aber der Mann starb nach einer Stunde. Die Leichenöffnung ergab einige Unregelmässigkeiten am Herzklappenapparat, aber keine anatomische Todesursache.

Dr. K. behauptete, er habe den Kranken nicht strafen wollen — wozu er amtlich garnicht befugt war —, sondern nur beruhigen. Allerdings hat er ihn während der Douche aufgefordert, dem beleidigten Beamten Abbitte zu thun. Die Sachverständigen erklärten die Douche für die Todesursache und sagten aus, dass K. abgesehen von der Irrigkeit der Meinung, dass Mittel wie kalte Douchen zweckmässig seien, die nöthige Aufmerksamkeit bei der Anwendung der Douche ausser acht gelassen habe. Eine 10 Minuten lange Anwendung einer fast kalten Douche sei ein grober Kunstfehler. Das Gericht verurtheilte K. zu 3 Monaten Gefängniss nach § 222, Abs. 2, R. St. G. B.

In dem dritten Falle handelt es sich um eine von Dr. H. ohne Noth vorgenommene künstliche Frühgeburt. Dr. H., Spezialarzt für Frauenleiden, war zu einer Wittwe F. gerufen worden, die nach Angabe der Hebamme stark geblutet hatte und mehrmals ohnmächtig geworden war. Er fand Schwangerschaft im 6. Monat bei geschlossenem äusserem und innerem Muttermund und unverletzter Fruchtblase. Angeblich durch das verfallene Aussehen der Schwangeren veranlasst, griff er sofort ein, führte Laminariastifte ein und holte in der zweitfolgenden Nacht in Narkose ohne Assistenz das Kind heraus, wobei er noch den Kopf abriss. Die Frau starb nach einigen Tagen an Beckenbauchfellentzündung. Es fand sich eine Durchlöcherung der vorderen Muttermundwand.

Die Sachverständigen nahmen zwar eine Durchstossung mit dem Laminasiastift an, hielten es aber für wahrscheinlich, dass eine Manipulation eines Dritten vorangegangen war, die die Wunde gesetzt hatte, und für entschuldbar, dass Dr. H. mit dem Stift in die Wunde gerathen war. Dagegen erklärten sie einstimmig die Ausführung der künstlichen Frühgeburt in diesem Falle für einen Kunstfehler. Abgesehen davon, dass die Sektion gezeigt hat, dass Frau F. keineswegs ausgeblutet war, hätte Dr. H. nach dem Befunde — geschlossner innerer Muttermund — an der Thatsache starker vorausgegangener Blutungen zweifeln und sich von dem Zustand mindestens durch eigene Beobachtung überzeugen müssen. Der Abort hatte noch nicht begonnen, er drohte erst, also musste H., grade wenn der Kräftezustand schlecht war, Alles thun, um die Fehlgeburt hintanzuhalten, nicht aber eine Behandlung wählen, die durch Schmerz, Aufregung und eine grössere Operation besonders erschöpfend war.

Es wurde aus § 223 Abs. 2 nur eine Geldstrafe verhängt, da dem Angeklagten das Zeugniss geringer Menschenkenntniss und gutmüthiger Leichtgläubigkeit gegeben wurde.

In der Begründung des Urtheils ist wieder einmal betont, dass der Satz „Volenti non fit injuria", — der in der Laienwelt noch eine grosse Rolle spielt — für das Strafrecht keine allgemeine Giltigkeit hat.

Sehr schlimm liegt der vierte Fall, welcher dennoch zu einer Nichtübereinstimmung der ärztlichen Gutachten mit dem Gerichtsurtheil geführt hat. Der Arzt Dr. von S. wurde zu einer Querlage gerufen, die schon etwas vernachlässigt war. Er versuchte vergeblich die Wendung, zerrte dann stundenlang an einem vorgefallenen Arm, schnitt denselben endlich ab, führte den Braunschen Haken ein, erzielte damit eine starke Blutung und ging endlich weg, indem er dem Ehemann rieth, zu einem andern Arzt zu schicken. Dem andern Arzte gelang die Wendung, das Kind kam asphyktisch zur Welt, machte aber noch Athmungsversuche und starb erst nach 8—10 Minuten.

Die Sektion des Kindes ergab Erstickungstod. Die Sachverständigen fanden einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Vorgehen des Angeklagten nicht nachweisbar. Dennoch kam das Gericht zu einer Verurtheilung. Dr. von S. hatte nämlich schon bei früheren Gelegenheiten mit stets gleichbleibender Erfolglosigkeit Querlagen zu entbinden versucht, und das Urtheil führt nun aus, dass, wenn bei einer Querlage nach Abfluss des Fruchtwassers nur sofortige Wendung und Extraktion den Tod des Kindes verhindern kann, die in dem widersinnigen Handeln des Dr. von S. gelegene Verabsäumung dieses einzig möglichen Rettungsmittels den Thatbestand des § 222 Abs. 2 erfüllt. Strafmildernd falle die „in Folge unleugbarer geistiger Minderwerthigkeit und mit ungeeigneter Vorbildung und Ausbildung gegebene Rath- und Hilflosigkeit des Arztes" ins Gewicht.

Das letzte der uns vorliegenden Urtheile betrifft lediglich eine Beleidungsklage eines Rechtsanwalts, der von einem durch einen beruflichen Brief des Rechtsanwalts über einen ärztlichen Fall aufgebrachten, übrigens sehr angesehenen Arzt, mit Ausdrücken belegt worden war, die das Mass des gesetzlich Gestatteten überschritten haben. Vor das grössere ärztliche Publikum gehört der Fall kaum.

Was ist „Krankheit durch Trunkfälligkeit" im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes?

Nach § 26a Abs. 2, Ziff. 2 des Krankenversicherungsgesetzes ist bei Krankheiten, die „durch Trunkfälligkeit" entstanden sind, Versagung des Krankengeldes gestattet. Das Sächsische Ministerium des Innern hatte im Mai 1900 Gelegenheit, sich über die richtige Deutung jenes Ausdrucks in folgendem Streitfalle zu äussern: Ein dem Trunke ergebener Mensch fällt in Folge seiner Trunkenheit hin und bricht sich den Arm. Er will Krankengeld, die Kasse versagt es. Das Ministerium giebt der Kasse Recht: nicht blos unmittelbare Folgen der Trunksucht, z. B. der Säuferwahnsinn, sondern auch die durch die Zustände eines dem Trunke ergebenen Menschen herbeigeführten mittelbaren Krankheitsfolgen bedingen Krankengeldversagung. (Arb.-Vers.)

Gegen das Bleiweiss!

Es ist eine altbekannte Thatsache, dass die Bleiweissfabrikation zu den gesundheitlich bedenklichsten Betrieben gehört. Nicht nur die Arbeiter selbst werden an Körper und Geist geschädigt, auch auf ihre Nachkommenschaft erstreckt sich die verderbliche Wirkung des Giftes, das die Zahl der un- und vorzeitigen Geburten vermehrt und unter den Kindern Gehirnstörungen zu zeitigen vermag. Daher die alte hygienische Forderung, das Bleiweiss ganz aus der Technik zu verbannen und Zinkweiss dafür einzusetzen, das noch dauerhafter und praktisch zweckmässiger ist.

In Frankreich, wo seit 120 Jahren die Aerzte immer wieder diese Forderung aufgestellt haben, existirt ein ministerielles Rundschreiben von 1852, worin den Regierungsbeamten empfohlen wird, dahin zu wirken, dass allmählich bei Regierungs-Arbeiten das Bleiweiss durch Zinkweiss ersetzt werden soll.

Das Rundschreiben ist damals in Vergessenheit gerathen, ohne seinen Zweck erfüllt zu haben. Jetzt, in den ersten Tagen des März 1901, hat der französische Staatsgesundheitsrath sich wieder mit derselben Frage beschäftigt. Ogier war Referent und stellte folgende Sätze auf: Die Ersetzung des Bleiweisses durch Zinkweiss ist vom gesundheitlichen Standpunkt aus durchaus zu wünschen. Sie erscheint für die Mehrzahl der Malerarbeiten ausführbar. Die Staatsverwaltung gäbe ein gutes Beispiel und thäte ein sehr nützliches Werk der Gesundheitspflege, wenn sie vorschriebe, dass bei allen auf Staatskosten auszuführenden Arbeiten das Bleiweiss soweit als möglich durch Zinkweiss zu ersetzen ist.

Das „Comité consultatif d'hygiène publique" gab diesen Sätzen einstimmig seine Zustimmung.

Der Vorgang verdient auch bei uns Beherzigung.

Am 12. und 13. April findet hierselbst im Konferenzsaal des Anhalter Bahnhofes eine Versammlung des Ausschusses deutscher Bahnärzte statt.

Auf der Tagesordnung stehen u. A.:

- Die Auswahl der Lungenkranken für die Heilstätten,
- die Einrichtung der neuen Heilstätten,
- die Einführung einer Morbilitätsstatistik der deutschen Eisenbahnen,
- Erholungs- und Genesungsheime.

Am 14. wird sich ein gemeinsamer Besuch der Heilstätte Belzig anschliessen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

e „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich
eimal. Dieselbe ist zu beziehen durch den Buchhandel,
e Post (No. 34) oder durch die Verlagsbuchhandlung von
ichard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36, zum Preise
von Mk. 5.— pro Vierteljahr.

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W. Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Physikus.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Physikus, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 8. | Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

Ueber traumatische Pseudo-Hydronephrose, im Anschluss an eine eigene Beobachtung.

Von
Dr. **H. Kühn**-Hoya a. W.

In Anbetracht der ausserordentlich grossen Bedeutung, die seit dem Inkrafttreten der Unfallgesetzgebung die traumatische Entstehung der Krankheiten beansprucht, wegen der pen Verletzten eventuell zu zahlenden Unfallrenten, dürfte jeder Beitrag, der eine lückenlose und genaue Beobachtung eines derartigen Falles bringt, von grossem Interesse sein; umsomehr, da es sich um eine, an und für sich ebenso seltene, wie in wissenschaftlicher Beziehung äusserst interessante Erkrankung handelt. Dieselbe betrifft die Entstehung einer Pseudohydronephrose im Anschluss an eine subkutane Nierenverletzung. Die Zahl derartiger Beobachtungen ist im Vergleich zu denen über die traumatische Entstehung anderer innerer Krankheiten noch keineswegs eine grosse zu nennen. Zur näheren Erklärung des Krankheitsbegriffes möchte ich mir zunächst einige Bemerkungen erlauben.

Bei der wahren traumatischen Hydronephrose handelt es sich um eine mehr oder weniger beträchtliche Erweiterung des Nierenbeckens durch angestauten Urin, welche in ihren Folgen mit einer Druckatrophie des Nierengewebes verbunden ist. Die Pseudohydronephrose in Folge Traumas bezeichnet eine Ansammlung von Urin im perirenalen und retroperitonealen Zellgewebe, die zu ihrer Entstehung eine theilweise Zerreissung des Ureters oder des Nierenbeckens voraussetzt, während eine Verletzung der eigentlichen Nierensubstanz nicht unbedingt nothwendig, wohl aber meistens eine gleichzeitige Folge der Verletzung ist.

Auf diesen wichtigen Unterschied beider Krankheitsbilder in Folge von Trauma als Erster hingewiesen zu haben, ist ein Verdienst des französischen Chirurgen Monod. In einem Vortrage auf dem sechsten französischen Chirurgenkongress 1892 zu Paris sprach derselbe über: „Hydronéphrose et pseudohydronéphrose d'origine traumatique".

Bei seinen Untersuchungen kam er zu dem Schlusse, dass fast alle die wenigen Fälle, die bisher als traumatische Hydronephrosen veröffentlicht sind, in Wirklichkeit keine solche, sondern traumatische Pseudohydronephrosen darstellen. Zu einem ähnlichen Resultat kommt P. Wagner-Leipzig in seiner Abhandlung über traumatische Hydronephrose (Berliner Klinik, Heft 72, 1894) im Anschluss an einen von ihm selbst

beobachteten Fall von wahrer traumatischer Hydronephrose. In gleicher Weise spricht sich auch M. Mendelsohn-Berlin in seiner Abhandlung über Hydronephrose (Eulenburg's Real-Encyklopädie III. Aufl. Band XI, 1896) aus, in der er betont, dass die traumatische Hydronephrose ein sehr seltenes Vorkommniss sei, und dass aus der geringen Zahl von derartigen Fällen, welche bekannt geworden sind, der grösste Theil nicht einwandsfrei, sondern wohl auf Harninfiltration im retroperitonealen Gewebe zu beziehen sei. Ausdrücklich wird ferner noch auf diese Unterschiede zwischen echter und unechter Hydronephrose traumatischen Ursprungs hingewiesen in zwei Dissertationen; in der einen von Erich Kaschke: „über den Zusammenhang zwischen Traumen und Erkrankungen der parenchymatösen Unterleibsorgane“, Berlin 1897; in der anderen von Dr. Joseph Löwenstein: „über Erkrankungen der Leber und Milz in Folge von Unterleibskontusionen“, Breslau 1897. Darin heisst es: „Kann durch eine Nierenwunde Urin in den Kapselraum abfliessen, der dann die Niere umspült, so entsteht eine unechte Hydronephrose; wird der Harnleiter bei einem Unfall so gequetscht, dass seine Oeffnung nachher entzündlich verwächst, so bildet sich eine wirkliche Wasserniere.

Diese genaue Unterscheidung zwischen beiden abnormen Zuständen der Nieren nach subkutanen Verletzungen des Leibes ist anscheinend weniger gefördert worden durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen an der Leiche, sondern im erhöhten Massstabe in Folge der gewaltigen Fortschritte der durch den genialen Chirurgen Gustav Simon-Heidelberg 1871 inaugurirten Nierenchirurgie, die, bisher in sehr bescheidenen Grenzen sich bewegend, seitdem einen ungeahnten Aufschwung mit grosser Schnelligkeit nahm, und so ein Gebiet wie die Krankheiten der Nieren, welches früher fast ausschliesslich der inneren Medizin zugerechnet wurde, nach kaum $1^1/_2$ Dezennien zum grossen Theil sich zu eigen machte. Dadurch wurde es ermöglicht, sich bei den nun erfolgenden zahlreichen Operationen an der Niere von den thatsächlichen örtlichen Verhältnissen durch Augenschein und Betastung zu überzeugen und so zwei Krankheitsbilder zu unterscheiden, die hinsichtlich ihrer Entstehung, ihrer Entwicklung, ihres Verlaufes ganz die gleichen Symptome hervorrufen können.

Zur näheren Illustrirung dieser Verhältnisse gestatte ich mir folgenden Fall von traumatischer Pseudohydronephrose eingehender mitzutheilen. Derselbe ist insofern noch weiter interessant durch eine in seinem Verlauf auftretende, vorübergehende Komplikation, die ich bei ähnlichen Fällen noch nicht beschrieben fand, und in Sonderheit ist es der sehr günstige Ausgang dieses Falles, der für den Patienten wie Arzt in gleicher Weise befriedigend ist.

Die Krankengeschichte mit unwesentlichen Verkürzungen ist folgende:

Adolf M., Gärtnerlehrling, geb. 13. April 1886, Waisenkind aus H. verunglückte nach den Angaben der Unfallakten in folgender Weise. Am Freitag, den 21. September 1900 Morgens 7 Uhr war er im Begriff anzuspannen. Er legte dem Pferde ein Zuggeschirr an, und wollte ersteres aus dem Stalle leiten; dabei kam er auf der Thürschwelle zu Falle, das Pferd sprang über ihn hinweg und trat ihn mit einem Fuss in die rechte Seite. Der Befund des ihn zuerst bald nach dem Unfall untersuchenden Arztes war etwa folgender: Grosse körperliche Schwäche des Verletzten, starke Cyanose im Allgemeinen, dazu Erbrechen und Ohnmacht. Die rechte Unterleibsseite aufgetrieben, auf Druck sehr empfindlich, in der Tiefe kindskopfgrosser elastischer Tumor fühlbar. Diagnose: Bluterguss im Abdomen, genaue Lage nicht näher festzustellen, keine Fraktur vorhanden. Da der Verletzte einen sehr schweren kranken Eindruck machte, so veranlasste der betreffende Arzt seine Ueberführung mittels Krankenwagens in das Hoy[illegible] Kreiskrankenhaus, in dem er am selbigen Vormittag aufgenommen wurde.

21. September, status bei der Aufnahme: Der Verletzte ist von schwächlicher, zarter Konstitution und blasser Gesichtsfarbe; er macht, wie oben bemerkt, einen schwer leidenden Eindruck, Bewusstsein erhalten, lebhafte Klagen über heftige Schmerzen in dem Leibe. Bei der Untersuchung ergiebt sich keine Spur einer äusseren Verletzung der Haut wie blaue Flecke oder Blutunterlaufungen weder auf dem Leibe noch auf dem Rücken. Leib stark aufgetrieben, bei Berührung ausserordentlich schmerzhaft, Dämpfung in der rechten Nierengegend, nach vorn hinzu verbreitert. Temperatur Abends 37,4, Puls und Athmung frequent, Urin wird bis zum Abend nicht gelassen, im Laufe des Tages mehrere Male Erbrechen. Behandlung besteht in Auflegen von Eisblasen, eine auf den Leib und eine auf die rechte Nierengegend. Reichliche Gaben von Opium. Diagnose: schwere innere Verletzung mit Bauchfellentzündung.

22. September. Nach sehr unruhiger Nacht erfolgt spontane Entleerung von dunkel blutrot gefärbtem Urin. Die Dämpfung verbreitert sich über den ganzen Unterleib hinweg bis zur Nabelhöhe. Erbrechen ist nicht mehr erfolgt, Temperatur Abends 38,2.

26. 9. Im allgemeinen derselbe status, lebhafte Unruhe des Patienten trotz reichlicher Opiumdosen. Abends erhöhte Temperaturen bis 39,2. Die Urinmenge ist zwar nicht genauer gemessen, erscheint indessen nicht wesentlich verringert. Bis zum heutigen Tage besteht ausgesprochene Haematurie. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt massenhafte rote wohlerhaltene Blutkörperchen, nur ganz vereinzelte weisse Blutzellen. Die Menge des im Urin befindlichen Eiweiss beträgt nach der annähernden Schätzung des Eiweisses bei Nierenkranken im Reagenzglase circa Volumen 1/6—1/7.

30. 9. Befund im allgemeinen derselbe, Fieber zeigt erhebliche morgen- wie abendliche Remissionen. Stuhlgang erfolgt spontan.

6. 10. Patient befindet sich bedeutend wohler, die Schmerzen haben erheblich nachgelassen, die Dämpfung ist bis auf einen geringen Rest im rechten Hypochondrium zurückgegangen. Kein Fieber mehr. Eis und Opium werden nicht mehr in Anwendung gebracht.

13. 10. Während der ganzen Zeitdauer gutes Allgemeinbefinden, sehr lebhafter Appetit, keine Schmerzen, Stuhlgang regelmässig, Urin normal an Menge und Beschaffenheit. Plötzlich ist über Nacht eine schmerzhafte Schwellung des ganzen linken Beines eingetreten. Diagnose „wahrscheinlich Thrombose traumatischen Ursprungs.“ Behandlung bestand in Einpackung mit Watte, mit Binden befestigt und Hochlagerung des Beines. Nach Verlauf von cirka 5—6 Tagen ist die Schwellung geschwunden.

23. 10. Seit den letzten vier Tagen entwickelt sich in der rechten Bauchseite ausgehend von der in der Nierengegend noch vorhandenen Dämpfung ein von Tag zu Tag mit grosser Geschwindigkeit, sich vergrössernder Tumor, der jetzt die ganze rechte Hälfte des Bauches sowie die Lendengegend stark hervorwölbt. Der ganze Leib ist intensiv gespannt, die oberflächlichen Venen der Bauchhaut sind erweitert, der Tumor ist prall elastisch, ergiebt Fluctuationsgefühl, er ist als abgeschlossener Sack von mehr länglicher als rundlicher Gestalt deutlich durch die Palpation zu umgrenzen. Die Perkussion ergiebt auf seiner ganzen Oberfläche leeren Schall, er sitzt unverschieblich fest und hat die

Leber nach oben verdrängt. Schmerzen werden hierdurch weniger bedingt als vielmehr das Gefühl grosser Spannung im Leibe und Kurzatmigkeit für den Patienten. Die Urinabsonderung schien in den letzten Tagen nicht merklich geringer geworden zu sein. Mit Rücksicht auf die ganze Entstehungsgeschichte des Tumors, sowie seine objektiven Eigenschaften wie Lage, Gestalt, Fluktuation und Dämpfung wird die Diagnose: „traumatische Hydronephrose" gestellt. Zwecks eventueller notwendiger Operation wird Patient am gleichen Tage zur Kinderheilanstalt in Hannover überführt.

24. 10. Die Probepunktion der Cyste ergiebt harnstoffhaltige, klare, gelbe Flüssigkeit.

27. 10. Der Tumor hat sich nicht wesentlich im Laufe der letzten Tage vergrössert. Operation: Lumbarschnitt von zehn Centimeter Länge parallell der zwölften Rippe. Nach schichtweiser Durchtrennung von Haut und Muskulatur wird der Flüssigkeitssack geöffnet, wodurch circa 4 Liter bernsteingelbe, klare Flüssigkeit entleert werden. Die vordere und innere Wand des Sackes wird von dem mit sammt dem Colon ascendens abgehobenen und nach der Mittellinie verschobenen Peritoneum gebildet, sodass die ganze Operation extra-peritoneal verlief. An einer Stelle dieser Vorderwand sieht man noch graugelbe, fibrinöse Massen mit unregelmässig-höckriger Oberfläche, liegen, die die Grösse eines Gänseeis erreichen. Die Niere liegt an normaler Stelle, d. h. im hinteren oberen Winkel des Sackes sie ist von normaler Grösse und graugelblicher Farbe. Ihr unterer Pol ist theilweise zertrümmert und zeigt als Reste der Verletzung strahlenförmige Narben. Im vorliegenden Theil des Nierenbeckens befindet sich ein, für die Kuppe des Zeigefingers bequem durchgängiges ovales Loch. Die Umgebung desselben ist mit den gleichen graugelben Fibrinauflagerungen belegt, wie auch der untere verletzte Theil der Niere. Die Höhle wird tamponirt, die äussere Haut mit der Wand des Sackes ringsum vernäht, die Oeffnung zum Theil geschlossen.

30. 10. Reaktionsloser Verlauf. Die Urinabsonderung aus der Wundhöhle ist sehr reichlich, sodass zwei Mal täglich dicke Verbände durchtränkt sind. Durch die Blase werden cirka 1000 cm. Urin täglich entleert.

15. 11. Die Höhle hat sich sehr stark und rasch verkleinert, Urinabfluss ist noch der gleiche.

15. 12. Wunde bis auf eine schmale Fistel vernarbt, es fliesst noch immer reichlich Urin aus, und die Absonderung per vias naturales hat sich noch nicht vermehrt.

28. 12. Um die Fistel zur Vernarbung zu bringen, wird dieselbe in Narkose mit dem Paquelin ringsherum kauterisirt.

3. 2. 1901. Definitive Vernarbung der Fistel ist eingetreten; seit mehreren Tagen fliesst kein Tropfen Urin mehr aus derselben aus, und die Blasenentleerung hat sich auf 1600—1800 ccm. pro die gesteigert. Urin ist klar, frei von abnormen Bestandtheilen. In der Narbe wölbt sich beim Pressen ein hühnereigrosser Bauchbruch vor. Patient wird am heutigen Tage nach dem Hamburger Waisenhause entlassen.

In dem Schlussgutachten des Unfallverletzten vom 13. Februar 1901 wurde folgendes ausgeführt:

Der Gärtnerlehrling Adolf Mellin aus Hamburg, wurde von 23. Oktober 1900 bis 13. Februar 1901 in der Hannoverschen Kinderheilanstalt behandelt. Derselbe hatte eine von dem Unfall am 21. September 1900 herrührende Verletzung der rechten Niere, welche wegen eines gewaltigen Urinergusses hinter dem Bauchfell operativ behandelt werden musste. Bei der Operation fand sich ein etwa 3 cm langer Riss im Nierenbecken und eine Zertrümmerung mässigen Grades des unteren Nierenpoles rechts. Der aus dem Nierenbecken aussickernde Urin hatte das Bauchfell sammt den Dickdarm bis weit über die Mittellinie hinaus verdrängt. Es wurde der Versuch gemacht, die rechte Niere zu erhalten, und ist auch das unter diesen Umständen recht glückliche Resultat erreicht worden, dass die Harnfistel definitiv zugeheilt ist.

Der Knabe hat sich sehr gut erholt, ist nun wieder völlig gesund und hat als Ueberbleibsel der Verletzung nur noch die lange, schräg sich verlaufende Narbe der rechten Bauchseite und einen in der Narbe sich vorwölbenden, hühnereigrossen Bauchbruch; des letzteren wegen muss er eine Binde tragen.

Es ist nun zu hoffen, dass der Heilungszustand der Niere ein dauernder bleibt, es ist freilich nicht unmöglich, dass Störungen seitens der Urinsekretion oder Aufplatzen der Narbe gelegentlich vorkommen könnten, und zu mehr oder weniger ernsten Folgen für die Erwerbsfähigkeit führen könnten. Für die augenblickliche Erwerbsstörung kommt nur der Bauchbruch in Betracht, welcher schweres Heben und sonstige schwere Anstrengungen verbietet.

Wir schätzen den Grad der jetzt vorliegenden Erwerbsstörung auf 15%.

Epikrise.

Der ganze Verlauf dieses von Anfang bis zu Ende genau beobachteten Falles und die bei seiner Operation gefundenen Verletzungsfolgen sind so ausserordentlich interessant, dass sie die nun folgenden epikritischen Bemerkungen gerechtfertigt erscheinen lassen. Die Entstehung des Unfalles wies entschieden auf eine schwere, innere Verletzung wahrscheinlich mit reichlichem Blutaustritt in die Bauchhöhle hin; auf letzteren deuteten die zuerst festgestellten örtlichen Symptome in Verbindung mit den allgemeinen hin, die von der Einwirkung auf das Centralnervensystem abhängen wie Ohnmacht und Erbrechen. Veränderungen der äusseren Hautdecken fehlten auch hier gänzlich, wie in der überwiegenden Mehrzahl aller derartigen beobachteten Verletzungen. Die nach etwa vierundzwanzigstündiger Anurie auftretende, bedeutende Haematurie, welche ungefähr vier Tage anhielt, liess ohne Zweifel eine mehr oder weniger ausgebreitete Zertrümmerung der Nierensubstanz vermuthen. Diese musste sich allem Anschein nach bis in das Nierenbecken erstrecken, um Haematurie zu erzeugen. Dieselbe Ansicht äussert auch Dr. Zeller bei Besprechung eines Falles von traumatischer Hydronephrose (deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. 49) indem er sagt: „einfache Risse heilen zweifellos, ohne Symptome zu machen, die nur dann in Form vom Haematurie eintreten, wenn sich die Gewebstrennung bis ins Nierenbecken erstreckt." Das Blut konnte jedoch auch aus jedem anderen Abschnitt des Harnapparates stammen, indessen wiesen folgende Umstände darauf hin, dass es sich um eine Blutung renalen Ursprungs handelte. Erstens, die nicht unbedeutende Menge desselben; zweitens, die innige Vermischung desselben mit dem Harn, wodurch eine dunkelblutrothe Flüssigkeit entstand; drittens, das Fehlen von Verletzungen an der Uretra sowie wahrscheinlich auch der Blase; viertens, der Ort und die Art der Verletzung und schliesslich der sehr bedeutende, örtliche Schmerz in der rechten Nierengegend. Die Operation bestätigte diese Annahme dadurch, dass sie eine Verletzung der Niere wie des Nierenbeckens ergab. Als weitere Folge der Verletzung entwickelte sich aber eine traumatische Bauchfellentzündung, die, unter Fiebersteigerungen bis 39,4 und unter Bildung eines Exsudats über den ganzen Unterleib bis Nabelhöhe sich verbreitete; ihren Ursprung kann man mit Sicherheit herleiten aus der continuirlichen Verbreitung der Verletzungsfolgen der Niere und des perirenalen Gewebes. In einem Zeitraum von

ungefähr vierzehn Tagen besserten sich unter entsprechender Behandlung die Erscheinungen der Bauchfellentzündung bis auf eine, in der rechten Weichengegend fortbestehende Dämpfung. Die nach einem Wohlbefinden von fünf Tagen plötzlich auftretende schmerzhafte Anschwellung des rechten Beines ist sicher als Thrombose aufzufassen, und wenn nicht in unmittelbaren, so doch in mittelbaren Zusammenhang mit der Quetschung der rechten Niere und ihrer Umgebung zu bringen. Sind doch schon länger traumatische Thrombosen bekannt, die sich namentlich in Venen bilden, wenngleich ihre Häufigkeit nach Unfällen nicht grade eine sehr grosse ist. Als Beleg hierfür führe ich „die Dissertation von Krauss an; derselbe konnte unter 102 aus der Litteratur aller Länder zusammengetragenen Fällen von Thrombosen nur 8, in denen ein Trauma als Ursache vorhanden war, feststellen. Gewöhnlich handelte es sich um schwere, mit Knochenbrüchen einhergehende Verletzungen, bei denen sich häufig schnell ein Collateralkreislauf entwickelte.

Nach Ablauf dieser Komplikation entwickelte sich plötzlich ohne erhebliche Beeinflussung des sonst guten Allgemeinbefindens, ausgehend von der in der rechten Nierengegend noch vorhandenen Dämpfung, und fast genau vier Wochen nach dem Tage des Unfalles, eine Geschwulst, die in ihrem Wachsthum unter den Augen der Beobachter sich so rapide vergrösserte, dass sie in fünf Tagen als sehr prall gespannter, fluktuirender und abgegrenzter Tumor die ganze rechtsseitige Bauchhälfte ausfüllte. Dieselbe bot nach ihrem Befund, zumal mit Rücksicht auf das voraufgegangene Trauma alle klinischen Zeichen, die für die Diagnose „traumatische Hydronephrose" sprachen. Das Ergebniss der Operation war indessen ein anderes: die Niere lag an normaler Stelle, und war von normaler Gestalt ihr unterer Pol war von Narben durchzogen und zertrümmert, im Nierenbecken befand sich ein für die Zeigefingerkuppe durchgehendes Loch, das von gelbgrauen Fibrinmassen umgeben war. Dieser Befund beweist mit Sicherheit und Klarheit, dass es sich um keine eigentliche, sondern um eine falsche Hydronephrose handelt. Ihre Entstehung kann man sich ohne Schwierigkeiten wohl folgendermassen erklären:

Mit der stattgehabten, bedeutenden Nierenzertrümmerung ist zu gleicher Zeit auch ein umschriebener Theil des Nierenbeckens so stark gequetscht worden, dass derselbe nachträglich im Verlaufe der nächsten Wochen der Nekrobiose verfiel. In ähnlicher Weise spricht sich auch Paul Wagner in seiner Abhandlung folgendermassen aus: „Bei sehr bedeutenden Quetschungen des Ureters kann es auch zu einer partiellen Nekrose der Wand und schliesslich zu Fistelbildung kommen. In diesen Fällen wird sich dann erst längere Zeit nach dem Trauma eine Pseudohydronephrose, sehr selten aber eine echte Hydronephrose entwickeln. Anstatt des obersten Theiles des Ureters kann das Trauma auch das Nierenbecken selbst treffen und starke Quetschungen oder Einrisse desselben erzeugen."

Die erwähnten beiden Stellen von grau-gelben Fibrinablagerungen, einmal an der vorderen Wand des Sackes, sodann in der Umgebung des Loches im Nierenbecken sind die korrespondirenden, von der Verletzung getroffenen Stellen, sie waren im Anfang durch die stattgehabte, reichliche Fibrinausscheidung mit einander verklebt. Im Laufe der nächsten Zeit bildete sich anscheinend im Anschluss an die Resorption des traumatischen Exsudates eine Verengerung oder Verlegung des Ureters, wodurch der Abfluss des Urins teils beschränkt, theils vielleicht ganz aufgehoben wurde, während zu gleicher Zeit die Niere mit dem grössten Theil ihres unterverletzten Gewebes die Urinabsonderung in unveränderter Weise besorgte. Der wachsende Druck im Nierenbecken zersprengt dasselbe an der nekrotischen Stelle, und verschaffte so den Urin reichlichen Abfluss durch das Loch in die die Niere umgebende Kapsel, dehnte dieselbe in kürzester Zeit zu der angegebenen kollossalen Grösse aus, was bei der Nachgiebigkeit dieses lockeren Gewebes wohl erklärlich ist. Küster spricht sich in seinem Buche „die chirurgischen Krankheiten der Niere" über diese Verhältnisse wie folgt aus: „Die Harnansammlung in nächster Umgebung der Niere kann sehr bedeutend werden und eine grosse fluktuirende Geschwulst erzeugen, welche bei unzerrissener fibröser Kapsel unter dieser, gewöhnlich aber im Bereich der Fettkapsel ihren Sitz hat. Vorbedingung dafür aber ist die Aufhebung oder Erschwerung des Urinabflusses durch den Harnleiter; indem der Urin die Fettkapsel langsam abdrängt, die sich reaktiv verdichtet, entsteht schliesslich eine Art urinhaltiger Cyste mit mehr oder weniger glatter Innenwand."

Nach der Operation verkleinerte sich die Höhle ziemlich schnell, während der Urinabfluss fast zwei Monate lang durch die Fistel der gleiche blieb, bis es gelang, dieselbe durch Kauterisirung zu schliessen. Hierdurch, wie ferner durch die Entleerung des Sackes und die dadurch bedingte Entlastung von hohem Druck ist anzunehmen, dass die Durchgängigkeit des Ureters wieder begünstigt und schliesslich ganz zu Stande gekommen ist, sodass der Urin nun wieder dorthin, wo er den wenigsten Widerstand fand, also durch den Ureter seinen Weg nehmen konnte.

Differential-diagnostisch war in unserem Falle, dessen übrige Symptome sich vollständig mit denen einer echten Hydronephrose deckten, von grösster Bedeutung die verhältnissmässig recht kurze Zeit von kaum fünf Tagen, in der der Tumor unter den Händen der Beobachter diese kollossale Grösse erreichte, sodass er die ganze rechte Bauchseite ausfüllte. Dass eine derartig schnelle Dehnung des Nierenbeckens mitsammt der Niere möglich ist, ist nach der anatomischen Beschaffenheit der betreffenden Theile wohl kaum anzunehmen, vielmehr grade deshalb auszuschliessen. Einer solchen gewaltsamen Dehnung ist wohl nur das lockere perirenale und retroperitoneale Bindegewebe, die sogenannte Capsula adiposa, fähig.

Betreffs der Behandlung derartiger Fälle spricht die Erfahrung an dem unseren zunächst für die Vornahme der Nephrotomie als die weniger eingreifende Operation. Nur wenn diese nicht zur Beseitigung des Uebels genügt, ist die sekundäre Nephrectomie anzuschliessen. Die blosse Nephrotomie vermag in einer gar nicht so geringen Anzahl von Fällen als man annehmen möchte, zu einer vollständigen Wiederherstellung zu führen; mit der durch sie gesetzten Entlastung bildet sich in längerer oder kürzerer Zeit der Harnabfluss durch die natürlichen Wege wieder her, und es kommt dadurch zur Schliessung der Nierenfistel.

Zum Schluss erlaube ich mir, allen Herren Kollegen, die mir durch ihre liebenswürdige Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit behülflich gewesen sind, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen, insonderheit Herrn Dr. Kredel, Hannover, chirurgischen Leiter der Kinderheilanstalt.

Litteratur:

1. Martin Mendelsohn — Hydronephrose in Eulenburg. Real-Eucyclopädie III. Auflage.

2. Paul Wagner — Ueber traumatische Hydronephrose, Berliner Klinik, Heft 72.

3. Küster, Die chirurgischen Krankheiten der Niere.

4. Zeller, Ein Fall von traumatischer Hydronephrose, Deutsche Zeitschrift für Chir., Bd. 49, Heft I.

5. Monod, Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique, Annal. des malad. des org. génito-urin. 1892.

wiegend bei Trinkern beobachteten Wahnbildung und etwa

Jodipin.

Unter dem Namen Jodipin wurde von mir vor etwas über zwei Jahren ein neues von **H. Winternitz** dargestelltes Jodpräparat in den Arzneischatz eingeführt, das inzwischen solchen Anklang in der Aerztewelt gefunden hat, dass ich auf allgemeinen Wunsch folgende Mittheilungen über dasselbe der Oeffentlichkeit unterbreite.

Im Jodipin ist das Jod an Sesamöl chemisch gebunden und beruht seine Herstellung auf dem Jodadditionsvermögen der Fette. Das Sesamöl wurde wegen seiner ausserordentlichen Verdaulichkeit, Bekömmlichkeit und Geschmacklosigkeit zur Darstellung des neuen Präparates ausgewählt. Dasselbe gelangt in 2 Modificationen in Handel

1) als 10 procentiges Jodipin mit einem Gehalt von 10 Procent Jod;
2) als 25 procentiges Jodipin mit einem Gehalt von 25 Procent Jod.

Das 10 procentige Jodipin unterscheidet sich in Bezug auf Aussehen und Geschmack von dem Sesamöl so gut, wie gar nicht. Es bildet eine hellgelbe, ölige Flüssigkeit, die bei 20° C. ein spec. Gewicht von 1,025 zeigt und weder in Wasser, noch in Alcohol löslich ist, sich dagegen aber leicht in Aethyläther, Benzol, Chloroform und Petroleumäther löst.

Das 25 procentige Jodipin stellt eine dickliche, ölige, zähe Flüssigkeit dar, die bei niederer Temperatur Honigconsistenz annimmt und dann vor dem Gebrauche erwärmt werden muss.

Es besitzt ein spec. Gewicht von 1,227 und löst sich selbstverständlich entsprechend langsamer in denselben Lösungsmitteln, wie das 10 procentige Präparat.

Physiologisches u. pharmakologisches Verhalten.

Nach den durch **Winternitz** angestellten physiologischen Untersuchungen erfolgt die Resorption des Jodipins nicht im Magen, sondern in fast unveränderter Weise im Darm. Das in den Körper eingeführte Jodipin wird zu einem grossen Theile als solches in demselben zunächst deponirt und gelangt mithin nicht auf einmal in den Kreislauf.

Der Ansatz des Jodipins in den Geweben des Körpers erfolgt fast überall. Neben der Leber ist das Knochenmark an Jodipin sehr reich. Der Umstand, dass das dem Körper einverleibte Jodfett zum grossen Theil im Körperinneren abgelagert wird und man daher mit Hilfe des Jodipins unbedenklich grössere Mengen Jod in den Körper einführen kann, liess das Jodipin von vornherein als ein in pharmakologischer Hinsicht hochinteressantes Präparat erscheinen, dessen Vorzug darin besteht, dass von den Ablagerungsstätten im Körperinneren das Jod entsprechend der allmählichen Oxydation und der Einwirkung des alkalischen Blutes und der alkalischen Gewebesäfte nach und nach abgespalten wird und so successive seine Wirkung entfaltet. In Folge dessen liegen die Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse beim Jodipin wesentlich anders, als bei den Jodalkalien und anderen Jodpräparaten. Während bekanntlich bei den ersteren schon einige Minuten genügen, um sie massenhaft vom Magen aus in die Secrete und Excrete überzuführen, zieht sich die Jodausscheidung nach der Application von Jodipin sehr lange hinaus. Am längsten währt die Jodausscheidung nach subcutaner Einverleibung des Mittels. **Klingmüller** und **Löwenheim** fanden bei Thierversuchen sogar nach 70 Tagen noch Spuren Jod im Harne. Das Jod wird also bei der Jodipinmedikation langsam und gleichmässig abgeschieden und der kranke Organismus hierdurch anhaltender und gleichmässiger unter Jodwirkung gesetzt. Dabei aber ist nachgewiesenermassen jede Intoxicationsgefahr gänzlich ausgeschlossen.

Von vornherein konnte man auf Grund der physiologischen Ermittelungen annehmen, dass das Jodipin am Krankheitsorte abgelagert werde und dort unter allmählicher Jodabspaltung seine heilende Wirkung entfalte; auch durfte man vermuthen, dass die Anwendung des Jodipins von jenen unangenehmen Nebenerscheinungen, welche der Gebrauch der Jodalkalien in so drastischer Weise im Gefolge hat, möglichst frei bleiben werde und mithin im Jodipin ein sehr schätzenswerther Ersatz der übrigen Jodpräparate erblickt werden könne.

Die therapeutische Verwendung des Präparates, das auch in elastischen Capseln eingefüllt im Handel zu haben ist, hat diese Vermuthung bestätigt. Das Jodipin wird bei allen Krankheitserscheinungen mit Nutzen verwendet, bei denen der Gebrauch der Jodpräparate angezeigt ist.

Jodipin gegen Bronchitis, Asthma bronchiale und Emphysem.

Nach dieser Richtung hin fand das Präparat zum erstenmale durch **O. Frese** praktische Verwendung. Er verordnete das 10 procentige Präparat in Dosen von täglich 2—3 Theelöffel voll bei 13 Patienten mit asthmatischen Beschwerden; 6 Fälle von reinem Asthma bronchiale, 7 Fälle von asthmatischen Beschwerden bei chronischem Emphysem und Bronchitis. **Frese** gelangt zu dem Schlusse, dass wir im Jodipin ein treffliches Mittel besitzen, das bei bestimmten Erkrankungen der Athmungsorgane in ähnlicher und manchmal günstigerer Weise einwirkt, wie die bisher gebräuchlichen Jodalkalien. **Frensdorff** verschrieb das Mittel bei einigen Fällen von in- und extensiven chronischen Bronchialkatarrhen, sowie bei leichteren Anfällen von Dyspnoe. Das Jodipin zeigte dem Bronchialsecret gegenüber be-

ungefähr vierzehn Tagen besserten sich unter entsprechender Behandlung die Erscheinungen der Bauchfellentzündung bis

besorgte. Der wachsende Druck im Nierenbecken zersprengt dasselbe an der nekrotischen Stelle, und verschaffte so de

sondere Lösungskraft, wodurch die Dyspnoeanfälle sehr schnell schwanden. **Klingmüller** verordnete subcutane Injectionen von 25 procentigem Jodipin mit besonderem Erfolg gegen Asthma bronchiale und auch **Kindler** konnte im Krankenhause Moabit-Berlin die rasche Besserung der Asthmatiker sowie das baldige Nachlassen der bronchitischen Erscheinungen nach Jodipingebrauch constatiren. Desgleichen wurde das Präparat in der II. medic. Universitätsklinik zu Budapest in vielen Fällen nach der gedachten Richtung durch **A. Zirkelbach** mit sehr günstigen Resultaten verwendet.

„Alle unsere Fälle von Emphysem und Asthma überzeugen uns davon, dass das Jodipin auf Athemnoth und Dyspnoe wohlthätig einwirkt, zugleich aber auch ein gutes Expectorans ist".

Anton Zirkelbach: Pester med. chirurg. Presse 1900 No. 33 u. 34.

Klar constatirte bei einem Fall von jahrelang bestehendem Asthma bronchiale nach längerer Jodipindarreichung einen eclatanten Heilerfolg und ein Patient mit fibröser Phthise complizirt mit nächtlichen heftigen typischen Asthmaanfällen, blieb bei Hebung des Allgemeinbefindens anfallsfrei. Für die Jodipinmedication bilden mithin Asthma bronchiale, chronische Bronchitis mit schwer sich lösendem Sputum und das Emphysem wichtige Indicationen. Nach **Schuster** werden auch umschriebene Lungeninfiltrate, wie sie nach Influenza-Pleuro-Pneumonieen mit nachfolgender Abscedirung zurückbleiben durch subcutane Jodipininjectionen in das den Ort der Verdichtung entsprechende Gewebe günstig beeinflusst. Desgleichen berichtet **A. C. Croftan** über recht vielversprechende Resultate, die er durch subkutane Jodipininjection bei vielen Fällen von Lungentuberkulose erzielt, wodurch frühere Mittheilungen von **Vairo** Bestätigung fanden.

Jodipin gegen Lues.

Hier findet das Jodipin sehr ausgedehnte erfolgreiche Verwendung, zumal gegen die Spätformen der secundären und insbesondere gegen tertiäre Lues. Nach **Radestock** ist das Jodipin bei sämmtlichen tertiären Krankheitserscheinungen, mögen dieselben in der Haut, den Muskeln, den Knochen oder in den Eingeweiden, beziehungsweise im Nervensystem auftreten, vor allen Dingen angezeigt. **Burkhart** verwendet das Mittel mit sehr günstigen Resultaten bei mehreren Fällen von Lues, bei denen vorhergehende Behandlung mit Jodkalium und Quecksilber ohne Erfolg geblieben waren. Desgleichen gibt **Sessous** an, dass sich ihm das Jodipin in erster Linie als Heilmittel gegen die Spätformen der secundären und gegen tertiäre Lues erwiesen habe. Bei den tertiären Formen und bei solchen Individuen bei denen das Jodkalium teils in Folge eingetretener Störungen im Magendarmkanal, teils aus irgend einem anderen Grunde ausgesetzt werden muss, oder überhaupt keine Wirkung erkennen liess, habe das Jodipin nicht im Stiche gelassen. Aehnlicher Ansicht ist **Fischl:**

„In jenen Fällen der Praxis, wo der Patient das Jodkali unzuverlässig nimmt, oder eine Jodkaliaufnahme aus irgend einem Grunde per os nicht möglich ist, ist die subcutane Anwendung des Jodipins zu empfehlen".

Richard Fischl, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1900 LIII Band 1. Heft.

Bei einem schweren Fall von Syphilis, wo ande antiluetische Massnahmen gar keinen Nutzen erkenne liessen und der Krankheitsprocess unaufhaltsam fort schritt, constatirte **Sessous** schnelle Ausheilung de bereits lang bestehenden Herde in Folge Jodipi medication. **Sessous** zieht aus den gewonnenen Er fahrungen den Schluss, dass sich bei seinen Patienten das Jodipin als specifisches Luesmittel be währt habe. Sehr ausgedehnte Versuche wurden i der Neisser'schen Klinik in Breslau durch **Klingmülle** angestellt. Er bezeichnet das Jodipin als Specificu gegen tertiäre Lues und bevorzugt ganz besonders di Methode der subcutanen Einspritzung. Die subcutan Application des Jodipins wird sich nach seiner Ansich bei der Behandlung der tertiären Lues immer meh einbürgern. Vor allen Dingen erscheint ihm die Jodipin medication bei der Behandlung der visceralen Lue sehr geeignet, da das Jodipin sich, wie bereits be merkt auch in den visceralen Organen der Leber, de Muskeln u. s. w. sowie Knochenmark und im Fett gewebe als Jodfett ablagere und von diesem an Or und Stelle Jod abgespalten werde.

„Wenn wir nun zum Schlusse unsere Ansicht über da Jodipin zusammenfassen, so müssen wir sagen, dass wir da Jodipin in subcutaner Darreichung eine ganz hervorrage wenn nicht die erste Stelle in der Jodtherapie einräum Die Methode ist bequem, die Jodwirkung ist sicher, energi und nachhaltiger, als bei anderen Jodpräparaten. Neb wirkungen treten nicht auf".

V. Klingmüller, Deutsche medicinische Wochenschrift 19 No 26.

Ein weiterer Anhänger der subcutanen Jodipinapplication ist **L. Schuster** in **Aachen**, der das Präparat in ganz ausgedehnter Weise verordnet. Er fand e wiederholt bei solchen schweren tertiär-syphilitischen Erscheinungen noch heilbringend, wo vorausgegangene Jodkalikuren gänzlich versagt hatten.

Desgleichen tritt **Rosenthal** für die Anwendung des Jodipins ein. Er behandelt einige Fälle von tertiärer Lues erfolgreich mit dem Mittel und konnte über die Heilung eines grossen tertiär syphilitischen Ulcus schon nach 10tägiger Kur berichten.

Ebenso entschieden spricht sich **G. Nobl** für die subcutane Verwendung des Jodipins aus, das in Folge seiner günstigen Resorptionsverhältnisse in erster Linie zur Behandlung der luetischen Spätformen prädestinirt erscheine. Er fand, dass gerade schwere syphilitische Läsionsformen, bei welchen umfangreiche, gummöse Infiltrationsherde, theilweise bereits fortgeschrittene, regressive Metamorphosen in die Erscheinung treten, durch die Jodipininjectionen am promptesten und besten zu beeinflussen waren.

„In diesen Fällen liess sich deutlich die Abhängigkeit des Heilerfolges, sowohl in Bezug auf die Raschheit, als Gründlichkeit desselben von der Grösse der applicirten Jodipindosis verfolgen."

G Nobl, Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen. Leipzig und Wien 1900.

Lichatschew fand die subcutane Injection des Jodipins wirksam bei einigen Formen veralteter, condylomatöser Lues.

Die oben aufgeführten günstigen Ergebnisse fanden durch die Arbeit von **Holzhäuser** aus der kaiserlichen Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Strassburg i. E. volle Bestätigung. Er verwendete das Mittel subcutan und konnte constatiren, dass es in Fällen,

5. Monod, Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique, Annal. des malad. des org. génito-urin. 1892.
6. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1897, Seite 469; 1898

wiegend bei Trinkern beobachteten Wahnbildung und etwa vorausgegangenen Unfällen. Es ist bekannt, dass Erregungszustände wie sie dem Alkoholismus eigen sind, bei Trinkern

wo Jodkali und andere Jodpräparate im Stiche lassen, dem Arzte sehr willkommen sein werde.

Die Jodipinmedikation hat sich ferner bei centralen Störungen des Nervensystems, die auf luetischer Basis beruhen, sehr wirksam erwiesen. **Kindler** und **Dornblüth** verordneten das Mittel gegen schwere syphilitische Hirnerscheinungen, spinale Lues sowie Neuritis syphilitica.

Aber nicht nur die eben erwähnten Autoren, sondern auch **Losio, Spagolla, Rosenthal, Vairo** sind in der Ansicht einig, dass wir gegen die Spätformen der Lues im Jodipin geradezu ein Specifikum besitzen.

Jodipin gegen andere Krankheiten.

Da das Jodipin überall da mit Erfolg verordnet werden kann, wo Jodalkalien am Platze sind, ist ihm eine ausgedehnte Verwendung gesichert, so bei den mannigfachen Formen von Schmerzen und Neuralgieen, bei Periostitis und Schleimhautpapeln und -Geschwüren, bei Psoriasis der Vola und Planta, chronischem Gelenkrheumatismus und anderen, nicht auf luetischer Basis beruhenden Krankheiten. Auch konnte man sehr schöne Erfolge bei Aktinomykose constatiren. In gar vielen Fällen wurden Kopfschmerzen, die durch Jodkali nicht beeinflusst oder gar eher gesteigert worden waren, durch Jodipinmedikation beseitigt. **Dornblüth** verzeichnete ausserordentlich gute Resultate bei diffuser Arteriosklerose des Gehirns, ebenso wurden Aorten- u. sonstige Gefässaneurysmen von dem Jodipin günstig beeinflusst. Weitere Indikation für die verheissungsvolle Verwendung des Jodipins bilden nach dem Urtheil namhafter Autoren skrophulöse Erkrankungen, insbesondere deren lymphatische Form, Knochen- und Gelenktuberkulose. **Schuster** berichtet über sehr günstig beeinflusste Fälle von Malum Coxae senile, Ischias und Trauma, insbesondere aber hat sich ihm das Präparat gegen Neuritis ischiadica hilfreich erwiesen. Er unterscheidet übrigens neben der allgemein heilenden Wirkung des Jodipins eine örtlich schmerzlindernde Heilwirkung, die sich nach seinen Beobachtungen meist schon am dritten oder vierten Tag nach der Injection einstellt. Vorzugsweise sind Jodipininjectionen bei sogenannten rheumatischen, auf Erkältung beruhenden Schmerzen am Platze, die den Sehnen, Muskeln, Nerven und Gelenken angehören. Nach **Eulenburg** leistet das Jodipin bei der Behandlung schwerer Neuralgieformen und der gonorrhoischen Ischias besonders gute Dienste.

„Ich selbst bin auf Grund ziemlich ausgiebig damit gemachter Erfahrungen in der Lage, meine Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass wir in der Einführung des Jodipins sowohl, wie auch des ihm analogen Bromipins einen der wichtigsten Fortschritte für die therapeutische Verwerthung der gerade dem Nervenarzt so unentbehrlichen Jod- und Brompräparate zu begrüssen haben."

A. Eulenburg, Deutsche med. Wochenschrift 1900 Nr. 43.

Die subkutane Application des Jodipin.

Fast alle Autoren stimmen mit **Klingmüller**, der über eine sehr reiche Erfahrung und ein recht ausgedehntes Material verfügt, überein, dass für die meisten Fälle die subkutane Einverleibung des Jodipins vorzuziehen ist. Die subkutane Application des Jodipins ist nach ihm als eine besondere Art des Stoffwechsels zu erachten. Die Technik der Einspritzungen ist nach **Klingmüller** folgendermassen. Das 25-procentige Jodipin wird zunächst erwärmt, wodurch es dünnflüssiger wird und sich besser einspritzen lässt. Die Spritze muss eine weite Ausströmungsöffnung haben, da sich sonst das Oel schwer aus der Spritze herausdrücken lässt. Es empfiehlt sich, eine grössere, 10 ccm fassende Spritze zu nehmen. Die Canüle muss ein weites Lumen haben und 6 bis 7 cm lang sein, damit man möglichst schräg und weit in das subkutane Gewebe hineinstechen kann. Dadurch kommt ein sicherer Verschluss des Einstichkanals nach dem Herausziehen der Canüle zu Stande. Die Einstichstelle ist nach geschehener Injection mit einem gut klebenden Heftpflaster zu bedecken. Da das Jodipin an und für sich **vollständig steril** ist und bleibt, so ist eine vorherige Sterilisirung des zu injicirenden Präparates **nicht** nöthig. Als Ort der Einspritzung wählt **Klingmüller** fast ausschliesslich die Glutäalgegend; andere injiziren in die Rückenhaut. **Dornblüth** schlägt für die Einspritzungen bei Quantitäten von nicht über 10 ccm den Oberarm oder die Gegend zwischen den Schulterblättern oder die Trochantergegend vor. Nach der Einspritzung ist es angebracht, die eingespritzte Menge, die wohl einen leichten Druck, aber keinen Schmerz ausübt, durch Massage oder Bewegung etwas zu vertheilen.

Oertliche Entzündungen, Infiltrationen oder gar Abscesse kamen niemals zur Beobachtung, weder beim Menschen, noch bei den zahlreichen Thierversuchen, auch wurden nirgends Gewebeveränderungen constatirt. Die Einspritzungen erzeugen keinerlei Nebenwirkungen.

Klingmüller injizirt bei energischen Kuren täglich 20 ccm des 25 procentigen Präparates zehnmal hintereinander, oder er injizirt jeden zweiten oder dritten Tag und gibt dann mehr Einspritzungen. Bei tertiärer Lues ist diese Dosis für eine Kur ausreichend. Es ist jedoch ganz unbedenklich nöthigenfalls auch grössere Dosen einzuspritzen. Die Gefahr in eine Vene einzuspritzen, ist bei Anwendung einer weiten Canüle gleich Null. Während **Holzhäuser** der Ansicht ist, die Spritze nach jeder Einspritzung gründlich zu reinigen, bewahrt **Klingmüller** dieselbe in einer Glasschale auf, ohne sie zu desinfizieren oder zu reinigen. Er lässt im Spritzencylinder und in der Canüle immer etwas von dem Jodipin zurück, da dies ja doch absolut steril bleibt.

Jodipin per os.

Hinsichtlich der Menge des per os zu verordnenden Präparates — und hierfür kommt in der Hauptsache nur das 10 procentige Präparat in Betracht — sind die Meinungen getheilt. Bei Bronchialerkrankungen, Emphysen und Beschwerden der Athmungsorgane wird man unter Umständen mit 2 bis 4 Theelöffel voll täglich ausreichen, bei syphilitischen Erkrankungen kann man dagegen höher gehen. **Radestock**, der überhaupt für höhere Joddosen plaidirt, verordnet das Jodipin in Tagesdosen von 40—50 gr.

Selbst diese hohen Dosen werden gut vertragen, sichtlich viel besser, als entsprechende Dosen Jodkali. Wenn wirklich einmal Jodschnupfen auftritt, so ist er gering; Kopfschmerzen treten ebenfalls nur in ganz seltenen Fällen auf, desgleichen Jodakne. Tritt sie ja einmal auf, so geschieht dies nur in ganz schwachem Masse.

Jodipin hat auch nicht jene störende Reizung der Augebindehaut zur Folge, die bekanntlich regelmässig durch andere Jodpräparate bewirkt wird.

ungefähr vierzehn Tagen besserten sich unter entsprechender Behandlung die Erscheinungen der Bauchfellentzündung bis auf eine, in der rechten Weichengegend ...

besorgte. Der wachsende Druck im Nierenbecken ... dasselbe an der nekrotischen ...

Sehr wichtig ist es, dass das Jodipin eine Verbesserung des Ernährungszustandes zur Folge hat, während andere Jodpräparate dagegen eine abmagernde Wirkung äussern.

Manche Patienten nehmen an dem öligen Geschmack des Jodipins Anstand. Es empfiehlt sich solchen Kranken das Mittel entweder in Kapselform, oder in warmer Milch, oder in heissem Kaffee zu reichen. Oft genügt auch schon ein kleiner Zusatz von irgend welchen Geschmackscorrigens, wie Pfefferminzöl und dergleichen.

Das per os genommene Jodipin regt mitunter die Peristaltik an, eine Wirkung, welche bis jetzt allen Beobachtern erwünscht war. Einer der bereits genannten Autoren spricht sich, wie folgt aus:

„Soweit aus meinen Versuchen Schlüsse zu ziehen sind, fasse ich dieselben dahin zusammen, dass ich Jodipin auch bei innerlicher Anwendung für ein sehr brauchbares Ersatzmittel anderer Jodverbindungen halte, wo es gilt, den Magen zu schonen, oder Jodismus zu vermeiden."

O. Burkhart, Deutsche Medizinal-Zeitung 1899.

Das Jodipin zur Bestimmung der Magenmotilität.

Das Jodipin ist bereits mehrfach zur Bestimmung der Magenmotilität benutzt worden. Zum ersten Mal von **Winkler** und **Stein**. Diese Autoren stützten sich dabei auf die Versuche von **H. Winternitz**, wonach eine Spaltung des Jodipins auch bei noch so langer Einwirkung nicht durch den normalen Magensaft erfolgt und das erste Auftreten der Jodreaktion im Speichel eine Anzeige dafür ist, dass das Jodipin bereits in den Darm gelangt und zum Theil schon resorbirt ist. Die Versuche der genannten Autoren thaten dar, dass der Eintritt der Jodreaktion bei normaler Magenthätigkeit frühestens nach 1/4 Stunde, spätestens nach 3/4 Stunden nachweisbar sein müsse. Verzögerungen über eine Stunde hinaus deuten auf Störung der Magenfunktion, insbesondere auf Gastroptose, ausgesprochene Magendilatation und Magencarcinom mit Ektasie. Die Versuche von **Winkler** und **Stein** erfuhren zunächst eine Nachprüfung durch **Sternberg** unter besonderer Berücksichtigung der Phthise: Er gelangt ebenfalls zum Schlusse, dass das Jodipin wegen seiner ausserordentlich bequemen Anwendungsweise ein recht brauchbares Mittel zur Prüfung der motorischen Funktion des Magens sei. Zu gleichem Resultate gelangte **S. Heichelheim** bei seinen in der **Riegel**'schen Klinik (Giessen) angestellten Versuchen. Nach ihm erfolgt die Darreichung der Jodipinkapseln am besten zu gleicher Zeit mit dem Probefrühstück oder sonst einer geringen Menge Nahrung. In allen Fällen, in denen von der Sonde kein Gebrauch gemacht werden kann und doch Aufschluss über die motorische Leistungen des Magens wünschenswerth ist, soll man nach **Heichelheim** zu dem Jodipin greifen.

Litteratur über Jodipin.

1. Burkhart: Erfahrungen über innerliche Anwendung des Jodipins bei Lues. Deutsche Medizinalztg. 1899. Nr. 65.
2. A. C. Croftan: Jodin used hypodermically in the treatment of Pulmonary Tuberkulosis The Journal of the American medical Association. 1900. Novbr.
3. Dornblüth: Ueber Jodipin Merck. Aerztl. Monatsschr. 1900. Nr. 6.
4. Eulenburg: Vortrag, gehalten auf der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte 16. bis 22. Septbr. 1900. Deutsche med. Wochenschrift 1900. Nr. 43.
5. R. Fischl: Klinische Beobachtungen über den Heilwerth des Jodipins. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1900. Bd. LIII. Heft 1.
6. Frensdorf: Zwei neue Heilmittel. Bromipin und Jodipin. Der praktische Arzt. 1900. Nr. 5.
7. Frese: Ueber die therapeutische Anwendung des Jodipins bei Asthma bronchiale und bei Emphysem. Münch. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 7.
8. S. Heichelheim: Ueber Jodipin als Indicator für die motorische Thätigkeit des Magens. Zeitschrift für klinische Medizin. Bd. 41. Heft 5 u. 6.
9. Hesse: Die physiologische und therapeutische Bedeutung des Jodipins. Pharmaz. Centralhalle 1901. Nr. 1.
10. Holzhäuser, Zur Jodipintherapie. Therapeut. Monatshefte 1900. Nr. 8.
11. M. M. Klar: Ueber Jodipin. Deutsche Medizinalztg. 1900. Nr. 97.
12. Kindler: Jodipin und seine therapeutische Verwendbarkeit. Fortschritte d. Medizin. Bd. XVII. 1899. Nr. 46.
13. Klingmüller: Jodipin in subkutaner Anwendung bei tertiärer Lues. Berl. klin. Wochenschr. 1899. Nr. 25.
14. Derselbe: Ueber Jodipin. Deutsche med. Wochenschr. 1900. Nr. 26.
15. A. N. Lichatschew: Klinische Beobachtungen bei der Anwendung des Jodipins etc. Protokoll der Moskauer venerol. u. dermatol. Gesellschaft. 1899—1900. Bd. IX. 142.
16. Losio: Gazz. med. della marche. 1899. Nr. 1 u. 2.
17. G. Nobl: Zur hypodermatischen Jodtherapie luetischer Spätformen. Beiträge zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift. Leipzig u. Wien 1900.
18. Radestock: Ueber Jodpräparate u. deren Dosirung. Therap. Monatsh. 1899. Nr. 10.
19. Rosenthal: Ueber neuere Jodpräparate. Inaug.-Dissertat. Würzburg. 1899.
20. Schein-Mór: A Jodipin. Klinikai Füzetek. 1900. Nr. 6.
21. Schuster: Ueber den therapeutischen Werth des Jodipins. Therapie d. Gegenw. 1900. Nr. 5.
22. Derselbe: Ueber die Verwendbarkeit des Jodipins. Die med. Woche, 2. August 1900, Kongressnummer.
23. Sessous: Ueber die therapeutische Verwendung des Jodipins. Inaug.-Dissert. Halle 1900, und Münch. med. Wochenschr. 1900. Nr. 34.
24. Spagolla: La Jodipina nella cura delle sifilide. Corriere sanitario. 1900. No. 1.
25. Sternberg: Die Verwendung des Jodipins zur Bestimmung der Magenmotilität mit besonderer Berücksichtigung der Phthise. Deutsche Medizinalztg. 1900. Nr. 36.
26. G. Vairo: Sifilide cerebrale e furto Giudizio medico-legale con un cenno farmacologico sulla Jodipina. Corriere sanitario 1900. No. 41.
27. Derselbe: Gli olii grassi jodati nella cura della tuberculosi Corriere sanitario 1900. No. 19.
28. Winkler und Stein: Die Anwendung des Jodipins zur Funktionsbestimmung des Magens. Centralbl. für innere Med. 1899. Nr. 33.
29. H. Winternitz. Ueber das Verhalten von Jodfetten und deren therapeutische Verwendung. Deutsche med. Wochenschrift 1897. Nr. 23.
30. Derselbe: Ueber Jodfette u. deren Verhalten im Organismus. nebst Untersuchungen über das Verhalten von Jodalkalien in den Geweben des Körpers. Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Chemie 1898. Bd. 24. 5 u. 6.
31. Zirkelbach: Klinische Erfahrungen über Jodipin. Pester med.-chir. Presse 1900. Nr. 33 u. 34.

Darmstadt, im Februar 1901.

E. Merck, chemische Fabrik.

G. Otto's Hof-Buchdruckerei in Darmstadt.

H... dronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine ...mal. des malad. des org. génito-urin. 1892.
...e Sachverständigen-Zeitung 1897, Seite 469; 1898

...aude, Ueber die Verletzung der Nieren in gerichtlich-...eziehung, Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin Suppl.

...nische Verrücktheit als Unfallfolge.

Von

Dr. F. Leppmann.

...von der Entstehung geistiger Störungen in Folge ...gen ist durchaus keine Frucht der neuesten Zeit, ...von Forschungen, die erst durch die Unfall-Gesetz-...gt wären; vielmehr hat bereits ein halbes Jahr-...an dem Aufbau dieser Lehre gearbeitet.

...te Zusammenstellung alles dessen, was wir gegen-...rrsein nach Körperbeschädigungen wissen, hat ...em von ihm bearbeiteten Abschnitt Psychiatrie ...in—Schwalbeschen Handbuch der praktischen ...en. Die Grundzüge lassen sich in wenige Sätze ...en: Sowohl schwere, unmittelbar auf des Gehirn ...opfverletzungen als auch Unfälle an peripheren ...n direkt Geistesstörungen auslösen; andrerseits ...g vom Unfall zum Irresein durch seelische Un-...die die Verletzung begleiten oder ihr folgen; ein ... Irresein als bestimmte Krankheitsform existirt ...n sehr verschiedene Irrseinarten entstehen ge-...ch Unfällen und nehmen dann nur eine andere ...1. — Diese Thatsachen sind gegenwärtig Gemein-...chen Praktiker und insbesondere derjenigen Aerzte, ... Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen ein-...lmen.

...giebt auf diesem Gebiete Einzelfragen, welche ...endgiltig entschieden sind, und deren Erörterung ...icht bloss für die wissenschaftliche Theorie, sondern ...is von Bedeutung ist. Zur Lösung einer derar-...soll hier ein Beitrag geliefert werden durch Ver-...g eines Falles, den ich Gelegenheit hatte, gemein-...nitätsrath A. Leppmann zu untersuchen.

...delt sich darum: Kann auch eine chronische ...neit durch eine Körperverletzung ausgelöst werden? ...el sagt in seinem oben angeführten Werke: „Ich ...er aus der Literatur noch aus meiner eigenen ...g über einen reinen sicheren Fall von Para-...r durch ein Trauma entstanden wäre, be-... — Diesem in seiner Bedeutung gewiss nicht zu ...den Zeugniss schliesst sich A. Leppmann, soweit ...nen Erfahrungen in Betracht kommen, insbesondere der peripheren Verletzungen, durchaus an, und Verf. ...t in der Literatur der letzten Jahre gleichfalls ver-...ach einem entsprechenden Falle gesucht.

...ich, gewisse Beziehungen der Verrücktheit zu Un-...d bereits bekannt. Wenn Unfallverletzte einen lang-... Kampf um die Rente zu führen haben, so gelangen ...gentlich, meist ausgehend von den gewöhnlichen Unfall-...rankheiten, und von vornherein beherrscht durch die ...ung, dass die Berufsgenossenschaft und vielleicht auch ...iedsgericht und das Reichs-Versicherungsamt dem Ar-...bel wollen, zu einem wirklichen Beeinträchtigungswahn, ..., wie gleichfalls Mendel betont, gern als Querulanten-...äussert. Hier kann man natürlich nur uneigentlich von ...Unfallfolge sprechen.

...ch entfernter sind die Beziehungen zwischen einer vor-wiegend bei Trinkern beobachteten Wahnbildung und etwa vorausgegangenen Unfällen. Es ist bekannt, dass Erregungszustände, wie sie dem Alkoholismus eigen sind, bei Trinkern oft an erlittene Unfälle anknüpfen. Wenn dann die Erregung abgeklungen ist, können Beeinträchtigungs-Ideen, vorzugsweise in Form des Eifersuchtswahns, noch lange und vielleicht dauernd fortbestehen. Hier von einer Unfalls-Verrücktheit zu sprechen ist offenbar erst recht nicht angängig.

Im Gegensatz zu diesen beiden Möglichkeiten scheint der nachfolgende Fall eine echte Unfalls-Paranoia darzustellen:

Die Untersuchung betraf den 1845 geborenen Arbeiter W., über dessen erbliche Verhältnisse leider gar nichts, und über dessen Vorleben nur so viel bekannt ist, dass er bis zum August 1890 erwerbsfähig war.

Am 9. August 1890 wurde er bei der Arbeit von der Scheere einer rasch fahrenden Droschke gegen die linke Brustseite getroffen. Der Arzt Dr. W. stellte fest, dass die ganze linke Rippenseite schmerzhaft, aber nirgends ein Bruch zu finden war. Von der zweiten Woche ab blieb W., nachdem sein Zustand sich gebessert hatte, aus der Behandlung fort. Er hat auf Dr. W. nicht den Eindruck eines geistig abnormen Menschen gemacht.

Wie W. nachträglich angegeben hat, arbeitete er nachher trotz Stichen in der linken Seite in verschiedenen Betrieben. Am 13. April 1891 passirte ihm bei der Fundirung eines Gebäudes ein zweiter Unfall. Ein herabrutschender Stein quetschte ihm den dritten, vierten und fünften Finger der linken Hand.

Die Art der Verletzung ist nicht klar aus den Akten ersichtlich, jedenfalls waren die Finger anfangs in Streckung versteift, und der linke Vorderarm wurde gelähmt und magerte ab. Ausserdem wurde im Dezember 1891 ein Lungenkatarrh bei W. wahrgenommen.

Im Juni 1892 war laut ärztlichem Gutachten die Lähmung des linken Vorderarmes und des dritten bis fünften Fingers noch so hochgradig, dass die Gliedmasse zur Arbeit unbrauchbar war.

In dieser Zeit ist zum ersten Male von einer „Geistesschwäche" die Rede, die ohne nähere Begründung als „unabhängig vom Unfall" bezeichnet wird.

In den folgenden, von dem Vertrauensarzt Dr. R. abgegebenen Berichten tritt die geistige Abweichung stark in den Vordergrund. Unter dem 25. Juli 1893 heisst es: „Sein ganzes Sinnen ist seine Krankheit, wie er dieselbe vertreiben wird. Er sitzt zumeist vor sich hin brütend da. Er konsultirt beständig mindestens sechs Aerzte zu gleicher Zeit, drei Krankenhäuser u. s. w." Ausserdem bestand nach Dr. R. die Krankheit der linken Hand und ein Anflug von Schwindsucht. Der Befund blieb bei einer Reihe von Untersuchungen, über die nur ganz kurze Berichte vorliegen, gleich; W. behielt die Vollrente.

In einem Gutachten vom 13. August 1898 führt Dr. R. aus: W. leide an Melancholie und habe Wuthanfälle, bei denen er gewaltthätig werde. Er habe sogar ihm, dem Arzt, gedroht, ihn ins Bein zu schiessen, damit er auch merke, was Schmerzen seien. Die völlige Erwerbsunfähigkeit W's. werde grösstentheils durch die Lähmung der linken Hand, zum andern Theil durch die Geistesstörung bewirkt, deren Zusammenhang mit dem Unfall nicht bestimmt zu verneinen sei.

Bei unsrer Untersuchung am 25. Mai 1900 klagte W. über Schmerzen in der Lunge, starken Husten, Athemnoth beim Treppensteigen und Schmerzen auf der Höhe des Kopfes. Der Appetit sei wechselnd. Im linken Arm habe er keine Kraft, die letzten drei Finger dieser Hand gehen beim Faustschluss nicht mit.

Wir fanden in W. einen elend aussehenden Mann von schlaffen Muskeln, welker, geblicher Haut und geringem Fettpolster.

Auf der Höhe des Kopfes soll Beklopfen schmerzhaft sein. Die Zunge ist belegt und zittert.

Der Brustkorb ist fassförmig, die oberen Schlüsselbeingruben sind vertieft, das Athemgeräusch ist allenthalben scharf und besonders die Ausathmung verlängert.

Am Herzen findet sich keine Abweichung.

An der sechsten Rippe ist in der Brustwarzenlinie ein Absatz zu fühlen. Druck auf diese eine Stelle wird regelmässig als sehr schmerzhaft angegeben.

Der linke Ober- sowohl als Vorderarm hat trotz der allgemeinen Abmagerung und Muskelschlaffheit noch $1^1/_2$ cm Umfang weniger als der rechte (22,5 : 24,0; 23,5 : 25,0). Der dritte, vierte und fünfte Finger werden in allen Gelenken, besonders in den Zwischengliedergelenken aktiv sehr unvollkommen gebeugt, am meisten tritt dies beim fünften hervor.

Beide Hände zittern beim Vorstrecken, besonders die linke. Beide fühlen sich weich an.

Seelisch zeigt W. ein höchst auffallendes Verhalten. Von Anfang an drückt sein Gesicht eine innere Unruhe und eine misstrauische Spannung aus. Schon im Beginn der Unterredung geräth er in heftige Erregung, und die Thränen stürzen ihm aus den Augen. Seine erste Frage ist, ob er hier behandelt werden soll; als dies verneint wird, erklärt er mit höchstem Unwillen: er wolle gesund werden, weiter nichts. Anknüpfend an die zufällige Anwesenheit eines Schutzmanns im Wartezimmer meint er: er wisse schon, dass man ihn für arbeitsscheu halte und ihm überall Polizei nachschicke; er brauche blos auf der Treppe stehen zu bleiben, weil ihm die Luft fehle, so dächten die Leute gleich, er sähe sich nach ihnen um, er habe aber immer seine Pflicht gethan, und sei kein Faullenzer und kein Staatsverbrecher, er sei der ewigen Verfolgungen satt. Der Berufsgenossenschaftsvorstand, der ihm das anthue, solle es noch büssen.

Bei alledem bietet W. keine Zeichen einer allgemeinen Verstandesschwäche dar: sobald man ihn einmal fixiren kann, sind seine Antworten bündig und, soweit sie seine Beschwerden betreffen, durchaus sinngemäss, auch lassen sich Gedächtnisslücken in den Angaben, die er über seine Vorgeschichte macht, nicht erkennen.

Es liegt mir fern, zu verkennen, dass die vorstehenden Daten, die lediglich den Akten einer Berufsgenossenschaft und einer einmaligen Untersuchung des Kranken entstammen, keinen Anspruch auf die Ausführlichkeit einer nach jeder Richtung verwendbaren Krankengeschichte haben. Gewiss wäre es sehr vortheilhaft, wenn Genaueres über die erblichen Verhältnisse W.'s, über sein Vorleben vor dem Unfall, und über die Entwickelung seines Seelenzustandes in den Jahren nachher, bekannt wäre, aber für die Beurtheilung gerade derjenigen Frage, die wir Eingangs aufgestellt haben, liegt der Fall doch wohl klar genug.

Dass es sich weder um eine Geistesschwäche noch um eine Melancholie handelt, ist deutlich. Bei W. ist ebensowenig von der seelischen Hemmung zu merken, die den Melancholischen traurig, langsam im Denken, und zu Selbstvorwürfen geneigt macht, noch von den Mängeln der Auffassung und des Gedächtnisses, die der Schwachsinnige auch ausserhalb etwaiger Wahnideen verrathen würde. Ebenso ins Auge springend ist der Unterschied zwischen der Krankheit W.'s und jenem einfachen hypochondrischen Irresein, in welches die Unfall-Neurosen manchmal ausarten. Auch die gewöhnlichen Unfall-Hypochon[der] sind unglücklich, reizbar und denken beständig über i[hre] Krankheit nach, aber es fehlt ihnen jene Veränderung [d]es Standpunktes gegenüber der Aussenwelt, welche den Ve[r]rückten kennzeichnet.

Gerade diese Verrückung des Ich-Standpunktes ist e[s], welche den Schlüssel für W.'s ganzes Verhalten bildet. [In] seiner Vorstellung ist er nicht etwa bloss der unheilbar Kran[ke], dessen Lebensglück für immer vernichtet ist, dem nieman[d] helfen kann, nicht bloss ein vom Schicksal Verfolgter — sonder[n] auch ein von seinen Mitmenschen Verläumdeter und Verfolgt[er]. Er meint, dass ihn die Berufsgenossenschaft als einen Faullenz[er] polizeilich beobachten lasse und ihn sogar zum Staatsverbrech[er] stempeln wolle, ja, er glaubt sogar durch sein harmloses Ve[r]halten selbst die übelwollende Aufmerksamkeit unbetheilig[ter] Leute zu erregen. Er wird also beherrscht von Beachtungs[-] Vorstellungen, die sich ja grösstentheils nach der Richtu[ng] des Verfolgungswahns umgestaltet haben, aber doch in [der] Ueberschätzung der seiner eigenen Person beigelegten Wi[ch]tigkeit auch den Kern des Grössenwahns in sich tragen.

Vor einer Verwechselung dieses Krankheitszustandes [mit] jenen Formen, welche durch den Rentenkampf gezeitigt werd[en] und somit nicht eigentlich als Unfall-Psychosen gelten könn[en], schützt hier schon die Thatsache, dass W. nie mit ein[er] anderen Instanz als der Berufsgenossenschaft [zu] thun gehabt hat und dass hier seine Ansprüche [nach] Ablauf der Karenzzeit ohne Weiteres anerkannt worden sind. Nicht einmal von einer zu raschen Folge [der] Kontroll-Untersuchungen, die ja bei Nervösen oft eine gewisse Erbitterung hervorruft, berichten die Akten. Auch die letzte Untersuchung fand nur im Auftrage der Berufsgenossenschaft statt, weil diese nach so langer Dauer der Krankheit auch einmal ein nervenärztliches Urtheil zu hören wünschte.

Der ernsteste Einwurf gegen die Annahme, dass im Falle W. der Unfall den Anstoss zur Entwickelung der chronischen Verrücktheit gegeben hat, wäre der, dass man bei der Lückenhaftigkeit der Vorgeschichte ein Bestehen der Krankheit schon vor dem Unfall nicht ausschliessen könnte; aber abgesehen davon, dass W. bis zu seinem ersten Unfall voll erwerbsfähig gewesen ist, betont doch auch noch nach diesem Unfall der ärztliche Gutachter die Thatsache, dass ihm bei der Behandlung W.'s nichts an dessen seelischem Verhalten krankhaft erschienen ist. Ferner hat das Krankheitsbild ganz jene bekannte „traumatische" Färbung: W. ist reizbar und weinerlich, er hat objektive Zeichen von Nervenschwäche, ein hypochondrisches Gebahren. Endlich aber knüpfen auch die Wahnideen so ausnahmslos an den Unfall an, dass man sich kaum vorstellen kann, W. wäre vor demselben schon verrückt gewesen.

Wie weit die ausgeprägte Paranoia zurückreicht, ist nach dem gegebenen Aktenmaterial nicht zu sagen. Fast scheint es als ob 1893 noch eine reine Hypochondrie höchsten Grades bestanden hätte, denn von damals wird uns nur berichtet, dass W. für nichts als für die Heilung seiner Krankheit Sinn hatte, in planlos aufgeregter Weise immer mehrere Aerzte zugleich befragte und zu Hause stumpf vor sich hinbrütete. Allmählich würde sich dann an die krankhafte Einengung des Gedankenkreises auf die eigene Persönlichkeit und das eigene Leiden die Umgestaltung des Verhältnisses zur Aussenwelt vollzogen haben. Auszuschliessen ist freilich nicht, dass die Verrücktheit schon vor 1893 ihre Entwickelung begonnen hatte.

Nicht unwichtig ist die Thatsache, dass die seelische Erkrankung nicht von einer Kopfwunde, sondern von einer Gliedmaassenverletzung mit nachfolgender, auch Nervenstämme in Mitleidenschaft ziehender Entzündung von naturgemäss lang-

wierigem Verlauf und unvollständiger Heilung ihren Ausgang genommen hat.

Muss man nun anerkennen, dass eine chronische Verrücktheit gelegentlich einmal durch eine Verletzung und deren körperliche Folgezustände ohne Mitwirkung von aussen herantretender seelischer Unbilden ausgelöst werden kann, so drängen sich alsbald die Fragen auf: welche Bedeutung gewinnt ein solches Leiden in der Thätigkeit des Unfallgutachters, in der des gerichtlichen Sachverständigen?

Was zunächst die Erwerbsfähigkeit angeht, so ist sie bei unserem Kranken offenbar gleich null. Hätte er selbst keine Lungenblähung und keine Gliedmassenlähmung, so wäre er doch zu 100 % erwerbsunfähig. Denn wenn schon seine hypochondrische Vorstellung von der Schwere seines Leidens ihm jeglichen Arbeitsmuth raubt, so nehmen auch seine paranoischen Wahnvorstellungen ihn so völlig ein, dass er keine Zeit hat, auf Erwerb zu sinnen. Ein Verrückter ist eben so lange völlig erwerbsunfähig, als er nicht gelernt hat, seine Wahnideen nicht bloss zu verheimlichen, sondern auch in seinem eignen Seelenleben soweit in den Hintergrund zu drängen, dass für die Forderungen des Erwerbslebens genügend Raum in seinem Denken bleibt. Es ist mehr als fraglich, ob bei den Unfallkranken, denen ja grade die dauernde Reizbarkeit und die hypochondrische Ueberschätzung vorhandener körperlicher Beschwerden eigen ist, jemals auf diesem Wege ein Bruchtheil der Erwerbsfähigkeit trotz der bestehenden und an und für sich unheilbaren chronischen Verrücktheit wiedererlangt werden kann. Wenn sie überhaupt zur Arbeit zu bewegen sind, werden sie dieselbe doch nie gleichmässig und selbstständig, sondern nur allenfalls zeitweise und unter besonders verständnissvoller Aufsicht ausführen.

Die Erkennung der chronischen Verrücktheit wird bei Unfallkranken nicht anders als bei andern Kranken erzielt. Vermuthlich wird sie nicht bei jedem so einfach sein wie bei unserm Falle, in dem der Kranke seine Verfolgungsideen ungefragt vor uns ausschüttete. Vielleicht vermehrt sich die Zahl der traumatischen Paranoien doch noch etwas, wenn die Unfallgutachter die irrenärztliche Untersuchung bezw. Beobachtung auffallend widerspenstiger, respektloser und erregbarer Verletzter häufiger veranlassen.

Endlich hat diese Erkrankung noch eine specifisch gerichtsärztliche Seite: Es ist der pure Zufall, dass unser Kranker noch nie eine seiner Drohungen ausgeführt hat. Sollte er es doch einmal thun, so wäre er selbstverständlich als unzurechnungsfähig zu erachten. Er gehört eben als gemeingefährlicher Irrer in eine geschlossene Anstalt. Auch in diesem Punkte dürften ähnliche Krankheitsfälle genau unter demselben Gesichtspunkte zu beurtheilen sein.

Am Schlusse meiner Ausführungen möchte ich nochmals betonen, dass ich mir bewusst bin, nichts anderes dargethan zu haben, als eben die Thatsache, dass Verletzungsfolgen zur Entwickelung der chronischen Verrücktheit führen können. Eingehender beobachtete Fälle werden nöthig sein, um zu zeigen, wie weit hierfür ein vorbereiteter Boden, eine ererbte oder erworbene seelische Minderwerthigkeit, nöthig ist, ferner auch: in welcher allmählichen Folge von Veränderungen des Seelenzustandes die geistige Störung sich entwickelt, und ob sie langwierige schmerzhafte Leiden zur unbedingten Voraussetzung hat, oder gelegentlich auch an rascher heilende Verletzungen, insbesondere auch an Kopfverletzungen anknüpft. Vielleicht können aus der Fülle von Beobachtungen, die unsre Irrenärzte auf der einen, unsre Unfallgutachter auf der andern Seite zu machen Gelegenheit haben, doch noch weitere Beobachtungen zur Lösung dieser Fragen veröffentlicht werden.

Referate.

Allgemeines.

Beweis der Tötung Neugeborener.

Von Dr. Hermann Kornfeld.

(Arch. f. Kriminal-Anthropologie u. Kriminalistik. Sep. Abdr.)

Der Nachweis, dass ein tot aufgefundenes Neugeborenes bei der Geburt gelebt hat, ist in den meisten Fällen nicht mit solcher Sicherheit zu erbringen, dass eine Verurtheilung wegen vorsätzlicher Tötung ausgesprochen werden kann. Noch weniger kann im Einzelfalle über die Todesart Neugeborener oder über die Schuld der Mutter an dem Tode immer Bestimmtes ausgesagt werden. So schwanken die Gerichtsärzte über die Glaubwürdigkeit der Angabe einer vorübergehenden Bewusstlosigkeit oder wenigstens eines Schwächezustandes der Mutter unmittelbar nach der Geburt, der eine Hülfe unmöglich macht. Luftleere Lungen ferner, die früher als Beweis dafür galten, dass das Kind nicht geathmet hat, sind auch bei Neugeborenen gefunden worden, die thatsächlich geathmet haben. Von Knochenverletzungen kommen solche des Schädels vor, von denen sich auch nicht stets mit Gewissheit behaupten lässt, ob sie durch äussere Gewalt zu Stande gekommen sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sie durch abnorme Knochenvorsprünge des Beckens verursacht wurden; wenn dies auch selten der Fall ist, so ist doch die Möglichkeit dieser Entstehungsweise nicht stets mit apodiktischer Bestimmtheit auszuschliessen, so dass eine diesbezügliche Frage des Richters nur mit Wahrscheinlichkeit richtig beantwortet werden kann. So steht es auch mit den Blutaustritten auf Herzbeutel und Rippenfell, die bei Abwesenheit anderer Momente nur als höchstwahrscheinliche Zeichen der Erstickung gelten können, allein also eine Verurtheilung unmöglich machen. Es giebt so mannigfache Möglichkeiten des Ablebens eines Kindes bei und unmittelbar nach der Geburt, dass ein Sachverständiger hier verhältnissmässig unschwer die Meinung des Gerichtes und namentlich der Geschworenen zweifelhaft machen kann, ob wirklich eine dolose oder culpose Tötung vorliegt. Die Zahl der Freisprechungen resp. des Verzichtes auf Erhebung der Anklage wird in Folge dieser Verhältnisse eine recht beträchtliche. Hiernach ist es verständlich, wenn das Berner Str.-G.-B. und der Oest. Str.-G. Entwurf zum Theil schon die Gefährdung des Kindes berücksichtigt wissen wollen und unehelichen Müttern eine Strafe androhen, wenn sie vorsätzlich jedoch ohne die Absicht, das Kind zu tödten, ohne Beisein einer anderen Person niederkommen. Verf. spricht sich nicht klar darüber aus, ob er ähnliche Strafbestimmungen auch für die deutsche Gesetzgebung wünscht. —y.

Die Kriminalität der Petersburger Kinder.

Von Dr. Koslow.

(Journal der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit. Petersb. med. Woch. 1900, No. 52.)

1024 Kinder wurden untersucht und in folgende 4 Gruppen eingeteilt: 1) nicht verbrecherische Kinder verbrecherischer Eltern, 2) nicht verbrecherische Kinder nicht verbrecherischer Eltern, 3) verbrecherische Kinder verbrecherischer Eltern und 4) verbrecherische Kinder nicht verbrecherischer Eltern. Gruppe 1 und 2 sind physisch und geistig ziemlich gleichstehend, doch ist die Moralität der Gruppe 1 schwächer. Gruppe 3 und 4 sind mehr entwickelt als 1 und 2. Gruppe

3 und 4 sind charakterisirt durch die äusserst schwere soziale Stellung, in der sie lebten und durch einige Degenerationszeichen (z. B. angewachsenes Ohrläppchen). Gruppe 3 steht moralisch über 4. Es giebt keine deutlichen Merkmale irgend einer Gruppe. Zu Verbrechern werden grösstentheils Kinder, die schwere Erkrankungen überstanden, körperlich, geistig und moralisch schwach entwickelt sind und eine bedeutende Zahl körperlicher Degenerationszeichen an sich tragen. Lb.

Zwei Fälle von Verletzungen durch Blitzschlag.

Von Dr. Dolmatow.

(Wojeno medicinski Journal. Jeschenedelnik 1901, No. 7.)

Der erste Fall betrifft einen Soldaten, der vom Blitzschlag auf der Stelle getödtet wurde. Die äussere Besichtigung der Leiche und die spätere Sektion ergaben, dass der Blitz in die rechte Stirnhälfte eingeschlagen hat; an der Austrittsstelle des Blitzes befanden sich zwei Hautrisse mit einem Bluterguss in die Haut. Des weiteren hat die Elektrizität anscheinend in zweifacher Weise gewirkt: ein Theil derselben ist in mechanische Kraft übergegangen und hat Zerreissungen und Verletzungen der inneren Organe herbeigeführt; der andere Theil ist in Wärme übergegangen und hat eine Verbrennung der Haut (hauptsächlich ersten und zweiten Grades) zur Folge gehabt, die sich von der angegebenen Eintrittsstelle der Elektrizität in der Richtung nach unten der gesammten vorderen Oberfläche der rechten Körperhälfte entlang in Form eines bald breiteren, bald schmäleren Streifens ausgebreitet hat. Der zweite vom Blitz getroffene Soldat blieb am Leben; die Wirkung des Blitzes äusserte sich hier durch das Auftreten der bekannten rothen baumförmigen Figuren auf der Rückenhaut. Dieser Fall widerlegt also die Ansicht der Autoren, welche diese Figuren als Leichen-Erscheinungen betrachten. Lb.

Mehrere Fälle von Verletzung durch Blitzschlag, darunter einer mit tödtlichem Ausgang.

Von Philip Edward Hill.

(The Lancet, 27. Okt. 1900.)

Bei einem heftigen Gewitter im Juli 1900 wurden 15 Soldaten des Gloucestershire-Regiments während einer Uebung vom Blitz getroffen. Die krankhaften Erscheinungen waren von verschiedener Art. Bei einem bestand Starre und Kälte der Beine, bei anderen Verbrennungen, theils stärkeren, theils schwächeren Grades, bei manchem traten Störungen im Gefühlssinn auf oder motorische Lähmungen einzelner oder mehrerer Gliedmassen. Mehrere zeigten ausserdem nervöse Veränderungen ihres Wesens, sie wurden unruhig, jammerten und stöhnten und hatten Todesgedanken. In einem einzigen Fall trat 10 Minuten nach dem Unfall der Tod ein. Man fand den Getroffenen bewusstlos auf dem Rücken liegend mit verlangsamter, tiefer, unregelmässiger Athmung, mit verlangsamtem, weichem Puls, mit erweiterten Pupillen. Er machte den Eindruck eines Menschen, der einen Schlaganfall erlitten hat. Auffallender Weise trat sehr bald nach dem Tode Todtenstarre ein, obwohl behauptet wird, dass bei vom Blitz Getroffenen die Todtenstarre ausbleiben soll.

Franz Meyer-Berlin.

Chirurgie.

Chirurgische Mittheilungen.

(Aus einem Vortrag im ärztlichen Verein in München.)

Von Dr. Guido Jochner, Spec.-Arzt f. Chirurgie.

Münchener medizinische Wochenschrift, 1900, No. 46.

Es gelang dem Verfasser, ein Stück durch Eiterung verloren gegangener Sehne eines Fingerstreckers durch Seidenfäden zu ersetzen und damit eine fast normale Beweglich des vorher in gebeugter Stellung verharrenden Fingers zu zielen.

Ferner gelang es dem Verfasser, ein ringförmiges Ca nom der Flexur durch Resection und Verbindung der Da enden mittelst Friedrichschen Knopfes zu entfernen, nachd er in einer wegen Ileus vorgenommenen ersten Opera diesen durch mehrfache Eröffnung des Darmes zwecks Ori tirung und Entleerung von Fäkalmassen und Gasen beseit und einen anus präternaturalis in der Coecalgegend ange hatte. Nachdem vier Wochen nach der Resection des Car noms der Knopf abgegangen war, konnte der Anus präter geschlossen werden.

Weiterhin empfiehlt J. zur Nachprüfung die von Phel eingeführte Behandlung des Erysipels mit $1/2$—1 Minute, a Munde und der Nase nur einige Sekunden lang, vorgenommen Betupfung mit reiner Karbolsäure, sofortiger sorgfältiger A waschung der betupften Stellen mit Alkohol und darauf erf gender Auflegung von 2% Carbolbäuschchen.

Seelhorst

Die Behandlung der Erfrierungen.

Von Privatdozent Dr. Karl Ritter.

Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Greifswald.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 58, Heft 1 und 2.)

Die Behandlung sowohl allgemeiner Erfrierungen w örtlicher durch die Kälte verursachter Schädigungen (Fro beulen, Frostgeschwüren u. s. w,) besteht bekanntlich in Ho lagerung der betheiligten Gliedmassen. Auf Grund theoretische Erwägungen und praktischer Erfahrungen, welche Verf. i einigen Fällen gemacht hat, empfiehlt er statt der Suspension und der durch sie bewirkten Blutleere die Erzeugung ein künstlichen Hyperämie an den erkrankten Stellen. Die st venöse Blutüberfüllung in der Umgebung der erfrorenen T ist nicht, wie man bisher annahm, schädlich, sondern normale Reaktion des Organismus auf den Kältereiz; sie tr zur Heilung wesentlich bei. Dies beweist die schnellere A heilung und Vernarbung von Frostgeschwüren in den Fällen in denen diese Blutüberfüllung durch Biersche Stauung künstlich vermehrt wurde.

Eine hinreichend starke Hyperämie nun, welche fähig is die Geschwüre schnell zur Ausheilung zu bringen, wird nur bei kräftigen Personen beobachtet. Bei Blutarmen ist sie viel z schwach, um zum Ziele zu führen; bei diesen heilen deshalb die Frostschäden erst aus, wenn die Kälte vorüber ist (im Sommer). Die Hyperämie wirkt um so heilkräftiger, je mehr sie der Entzündungshyperämie gleicht.

Um eine hinreichende, der Entzündungshyperämie möglichst nahekommende Blutüberfüllung zu erzeugen, benutzte R. die bekannten von Bier angegebenen Heissluftapparate und sah unter ihrer Anwendung sehr schöne Erfolge. Die Schwellung liess in schnellster Zeit nach, die Schmerzen verschwanden sehr bald, und die Geschwüre verkleinerten sich von Tag z Tag. Die Heilungsdauer betrug im Allgemeinen 6—20 Tag bei täglicher Anwendung während $1/4$—$1/2$ Stunde. Zuweilen empfiehlt es sich, der Erhitzung eine kalte Uebergiessung folgen zu lassen. Hochlagerung ist nur in den Fällen von Erfrierung am Platze, in denen die Entzündungserscheinungen sehr erheblich sind. Niehues.

Ueber subkutane Bicepsrupturen.

Von Stabsarzt Dr. Loos.

Aus der Tübinger chirurgischen Klinik.

(Bruns Beiträge f. klin. Chir., Bd. 29, H. 2, Jan. 1901.)

Verf. vermehrt die Kasuistik der subkutanen Bicepsrupturen um 4 Fälle. Die Entstehungsursache war bei 2 Kranken

as Heben eines schweren Gegenstandes, beim ersten ver-agte der Arm, als eine Last Dünger mit der Gabel empor-ehoben wurde, beim zweiten als eben ein schwerer Balken ochgehoben war. Der dritte Kranke wurde von dem Griffe es Schiebkarrens, den er schob, im Sturze gegen den Biceps etroffen; beim vierten trat der Riss in dem Augenblicke ein, ls die vom rechten Arm geschwungene Sense auf einen un-ermutheten Widerstand stiess. Es lag also einmal direkte, mal indirekte Gewalteinwirkung vor.

Die Verletzung bestand bei Allen in einem Riss des lan-gen Bicepskopfes; die Rissstelle lag 3 mal an der Uebergangs-stelle von Muskelbauch in die Sehne, 1 mal im Gebiet der Sehne selbst. Die Funktion war wenig zerstört, nur die Kraft der Beugung bei 2 Kranken dauernd und stark vermindert. Die Behandlung, welche meist spät einsetzte und in Massage bestand, führte nur geringe Besserung herbei. Die Vermin-derung der Erwerbsfähigkeit wurde in einem Falle auf 30 bis 40 Prozent, in einem anderen auf 15—20 Prozent geschätzt.

Verf. bespricht die Entstehungsursachen, die Krankheits-erscheinungen und die Behandlung der Muskelrisse des zwei-köpfigen Oberarmbeugers und theilt die in der Literatur nieder-gelegten Fälle mit. Niehues.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica.

Vom Regimentsarzt Dr. Carl Elbogen.
(Der Militärarzt 1900, No. 17 u. 18.)

Es wird über 3 Fälle von Knochenbildung in Muskeln berichtet, welche alle sich auf einmalige Beschädigung zurückführen liessen. Der erste Fall, eine Verknöcherung im Adductor longus, kam zur Beobachtung durch Beschwerden, welche die wohl nach einem Schlag in der Jugend entstandene Knochenplatte beim Reitunterricht verursachte. Es wurde die operative Entfernung mit vollem Erfolge vorgenommen.

Im 2. Falle wird die Entstehung einer 22 cm langen Knochenleiste im vierköpfigen Oberschenkelmuskel auf eine Zerrung dieses Muskels beim Fussballspiel zurückgeführt.

Im 3. Falle war nach einer Verrenkung und von Laien vorgenommenen Einrichtung des Ellbogengelenkes in der Ellbogenbeuge eine taubeneigrosse Verknöcherung im musculus brachialis internus entstanden.

Die beiden letzten Fälle machten keine Beschwerden und wurden nicht operirt. Seelhorst.

Ein seltener Fall von Fersenbeinbruch durch Muskelzug.

Von Robert Thomson.
The Lancet, 20. Oktober 1900.

Eine 57 Jahre alte Frau stürzte von einem Stuhl, als sie einen Gegenstand von einem Schrank herunter nehmen wollte. Sie verlor das Gleichgewicht, hierbei blieb der linke Fuss an dem Stuhl hängen und wurde gewaltsam und plötzlich gebeugt. Wenige Stunden nach dem Unfall fühlte man, dass die Achillessehne in eine harte bewegliche Masse überging, und dass zwischen dem Fersenbein und dieser Masse eine deutliche Depression bestand. Darnach war kein Zweifel, dass das Fersenbein gebrochen war. Am hinteren Theil des Fusses bestanden heftige Schmerzen. Streckung des Fusses war unmöglich. Die Bruchenden konnten nicht einander genähert werden. Es wurde deshalb in der Gegend des Bruches ein Einschnitt gemacht. Hierbei fand man, dass ein Theil des Fersenbeins, etwa in der Grösse einer halben Wallnuss, da, wo die Achillessehne entspringt, nach oben gezogen war. In der Narkose wurde das obere Bruchende heruntergezogen, dann die Bruchenden durch Silberdraht festgehalten, indem ein Theil durch den Körper des Fersenbeins, ein anderer Theil durch das andere Ende und durch die Achillessehne hindurchgezogen wurde. Die Wunde heilte ohne Störung, doch wurde die völlige Genesung durch einen Anfall von Melancholie lange hinausgeschoben, denn die Patientin weigerte sich, das Bett zu verlassen und das Fussgelenk zu bewegen. Nach $2^1/_2$ Monaten erst konnte die Kranke wieder gehen. Die Patientin soll früher öfters geisteskrank gewesen sein. Der Autor glaubt, dass bei manchen Patienten, die an Geisteskrankheiten leiden, eine besondere Neigung zu Knochenbrüchen besteht und erklärt dadurch, dass nicht wie gewöhnlich die Achillessehne zerriss, sondern das Fersenbein gebrochen wurde.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber Rissfrakturen des Fersenhöckers.

Von Dr. Helbing.
Aus dem Krankenhaus der jüdischen Gemeinde zu Berlin.
(Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 58, H. 5 u. 6, Febr. 1901.)

Man hat bisher alle Querbrüche des hinteren Fersenbeinfortsatzes zu den Rissbrüchen gezählt, gleichgültig ob durch die Bruchlinie nur der dem Ansatz der Achillessehne dienende Abschnitt oder der ganze Fersenhöcker abgerissen war. Die letztere Bruchart kommt unzweifelhaft durch den Zug der Achillessehne allein nicht zu Stande, es ist vielmehr zu ihrem Entstehen eine gleichzeitige Quetschung von der Fusssohle aus erforderlich (wenigstens sind Beobachtungen, wo durch alleinigen Zug der Wadenmuskulatur der ganze hintere Fersenbeinhöcker abgebrochen ist, nicht veröffentlicht); das abgequetschte Stück wird dann durch den Muskelzug nach oben dislozirt.

Bei den bisher in der Literatur niedergelegten beiden reinen Rissfrakturen verlief die Bruchlinie unterhalb des Ansatzes der Achillessehne. Der untere Theil des hinteren Fersenbeinhöckers blieb in Verbindung mit dem Körper. Zu dieser Art von Fersenbeinbrüchen liefert Verf. einen weiteren Beitrag. Der Bruch war dadurch entstanden, dass die Kranke, auf einem Stuhl stehend, mit dem Fuss nach rückwärts trat, in dem Glauben, der Fuss werde beim Aufsetzen noch den Stuhlsitz erreichen, statt dessen kam sie mit den Fussspitzen auf den Boden und verspürte gleich heftige Schmerzen. Das abgerissene Knochenstück war deutlich unter der Haut zu fühlen, ebenso der breite Bruchspalt. Auffallender Weise vermochte die Kranke noch den Fuss plantarwärts zu bringen, was nach der Röntgenphotographie dem Umstande zuzuschreiben war, dass die Bruchlinie nicht den ganzen hinteren Fortsatz von hinten nach vorn durchsetzte, sondern das vordere Drittel nicht betroffen hatte. Die Elastizität des Knochens gestattete trotzdem ein Auseinanderweichen der Bruchstücke. Die Richtung der Bruchlinie stimmte genau überein mit der Anordnung des Bogensystems in der Spongiosa des Fersenbeins. — Behandlung im Gypsverbande.

Die Kranke wurde nach 4 Wochen geheilt entlassen, ohne dass bis dahin knöcherne Vereinigung eingetreten war; auch nach 6 Monaten war eine Ausfüllung des Knochenspaltes durch eine Knochenmasse noch nicht erfolgt. Das funktionelle Resultat befriedigte durchaus.

Wir müssen hiernach die reinen Rissfrakturen sowohl in ätiologischer, wie in anatomischer und prognostischer Beziehung von den viel häufigeren Absprengungen des ganzen hinteren Fersenhöckers scharf trennen. Niehues.

Ueber die Naht bei subkutaner Zerreissung des Ligamentum patellae.

Von Dr. Blauel.
Aus der Tübinger chirurgischen Klinik.
(Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie, Bd. 29, Heft 2, Januar 1901.)

Verfasser empfiehlt auf Grund von 6 aus der Literatur gesammelten Fällen, sowie zweier eigener Beobachtungen

warm die mit Metalldraht ausgeführte Naht der zerrissenen Sehne. Diese Naht eignet sich sowohl für frische Fälle, in denen am besten am 4—5 Tage nach Anschwellung des Gelenks operirt wird, als auch für veraltete. Die Heilung, welche stets zu guten Resultaten geführt hat, wird durchschnittlich in der Hälfte der Zeit erreicht, welcher die unblutige Behandlung bedarf. Sie gestattet ein frühes Verlassen des Bettes, eine baldige Nachbehandlung durch Bewegungen und Massage und verhütet so Muskelschwund im Quadriceps und Versteifung des Kniegelenks. Schädliche Folgen haben sich nie gezeigt. Da es Fälle giebt, in denen die Heilung aus anatomischen Gründen ohne operativen Eingriff unmöglich ist, was nicht immer zu diagnostizieren ist, soll auch bei denjenigen Kranken die Naht angelegt werden, bei denen der seitliche Streckapparat des Knies noch erhalten ist. Niehues.

Innere Medizin.

Ueber Sensibilitätsstörungen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe, besonders bei Magenkrankheiten.

Von Dr. Hans Haenel, Assistenzarzt am Dresdener Stadt-Krankenhause.
(München. med. Wochenschr. 1901. No. 1.)

Vor nicht langer Zeit hat der Engländer Head die Aufmerksamkeit der Aerztewelt darauf gelenkt, dass bei Krankheiten innerer Organe eine übermässige Schmerzempfindlichkeit der äusseren Haut vorkommt, deren Vertheilung sich streng nach dem Ursprung der Hautnerven in bestimmten Rückenmarksabschnitten richtet. Als Erklärung dafür leuchtete alsbald folgende Erwägung ein: Wenn ein schmerzhafter Reiz eine Stelle trifft, die nur in geringem Grade empfindlich ist, dabei aber in enger centraler Verbindung mit einer hochempfindlichen andern Körperstelle steht, so kommt es vor, dass der Schmerz an der letzteren Stelle mehr gefühlt wird, als an der ersteren. Nun sind die Eingeweide verhältnissmässig wenig schmerzempfindlich. Ihre sympathischen Nerven entspringen aber in denselben Rückenmarksgebieten, in denen Empfindungsnerven für die äussere Haut ihren Ursprung haben. Die Folge davon ist, dass bei Erkrankungen der Eingeweide die entsprechenden Hautgebiete theils von selbst, theils bei blosser Berührung schmerzhaft sein können.

Die von Head gefundenen Thatsachen werden vom Verf durchaus bestätigt. Er hat sie an einem grossen Krankenmaterial nachgeprüft, und zwar unter Anwendung verschiedener Reize: Aufhebung einer Hautfalte, Berührung mit einem Nadelkopf, Anwendung eines ganz schwachen elektrischen Stromes, der auf normaler Haut kein elektrisches Gefühl hervorrief. Besonders zweckmässig fand er es, mit einem stumpfen Gegenstande leise, ohne Druck über die Haut wegzustreichen, wobei dann die Kranken die Grenze, an welcher es anfing, wehzuthun, recht genau angaben. Die Gefahr der Suggestion erwies sich als weniger gross, wie man vermuthen könnte; gewöhnlich gaben die Leute, wenn wirklich scharf begrenzte Zonen übermässiger Schmerzempfindung vorhanden waren, die Grenzen dieser Zonen ganz gleichmässig an und zeigten in deren Bereich auch gesteigerte Hautreflexe. Vorgekommen ist es allerdings auch, dass anfänglich gut begrenzte Zonen sich bei häufigeren Untersuchungen verwischten und schliesslich in eine vollständige halbseitige Ueberempfindlichkeit hysterischer Art übergingen.

Die Krankheiten, bei denen Haenel positiven Erfolg bei seinen Untersuchungen hatte, waren mannichfacher Art: Herzleiden mit gestörter Kompensation, Lungentuberkulose in verschiedenen Stadien — besonders bemerkenswerth im Beginn der Entwickelung Ueberempfindlichkeit der Schulter- und Oberarmgegend — bei Erkrankungen des Harnapparats und bei Magen-Darm-Krankheiten. In Uebereinstimmung mit Hea beobachtete er, dass innerhalb der Zonen die Störung an zwei Punkten, manchmal auch nur an je einem Punkte a Stärksten ausgeprägt und am längsten anhaltend war. B Magenkrankheiten fand Verfasser als einen dieser Maxima punkte häufig die bereits von Boas angegebenen Druckpunkte einen dicht links neben dem zwölften Brustwirbel, den andere zwei bis drei Querfinger rechts davon.

Für die Unterscheidung der verschiedenen Magenkrank heiten erwies sich die Prüfung der Hautempfindung nicht dem erhofften Masse als nutzbringend. Die Verwerthung de Ergebnisse wird schon dadurch im Allgemeinen erschwert, das einzelne Hautbezirke häufig mit mehreren inneren Organ in zentraler Verbindung stehen, und dass die Zone des Mage welche dem vierten Hals- und dem siebenten bis neunten Brus Markabschnitt entspricht, diese Grenzen häufig weit über schreitet. Letzteres Vorkommniss führt Head auf eine allg meine Herabsetzung des Widerstandes durch Blutarmuth, Fieb heftige Schmerzen u. dergl. zurück. Abgesehen von dies Schwierigkeiten erwies sich eine Differenzirung der Mage krankheiten durch die Hautprüfung als unmöglich; weder dur die Ausdehnung der Zone, noch etwa durch die Regelmäss keit des positiven Befundes konnte man Magengeschw Verdauungsschwäche, Säureüberschuss, Magenerweiterung v einander scheiden.

Nicht in vollem Umfange lässt sich nach Haenel Behauptung Heads aufrecht erhalten, dass es zwei „Lücke am Körper giebt, in deren Bereich reflektirte Schmerzen gewöhnlich nicht vorkommen, nämlich die Nervengebiete fünften bis achten Halsmarks- und dritten bis vierten Lend marksabschnitts.

Sehr interessant ist es, dass für die serösen Häute dasselbe gilt, wie für die Eingeweide: wenn Brust- oder Ba fell erkrankt sind, so findet man keine Zonen oberfläc Schmerzüberempfindlichkeit, sondern wenn bei ihnen überha ein Schmerz von aussen auslösbar ist, so stellt sich dersel nur durch Druck in die Tiefe ein und ist nicht entsprech irgendwelchen Rückenmarksabschnitten, sondern entsprechend den entzündeten Gebieten, manchmal auch entsprechend de Verlauf der Zwischenrippennerven begrenzt.

So vorsichtig man in der Verwerthung aller dieser Th sachen sein muss, so wohnt ihnen doch augenscheinlich fü die Diagnostik ein nicht zu unterschätzender Werth inne.

Ueber Pankreas-Nekrose.

Von Oberarzt Dr. A. Brentano.
(Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 61, H. 4.)

Seitdem Körte im Jahre 1894 zuerst gezeigt hat, dass die entzündlichen Affektionen des Pankreas einer klinische Diagnose und chirurgischen Behandlung zugänglich sind, habe zwar zahlreiche Mittheilungen über operative Versuche be Pankreatitis stattgefunden, die Operations-Resultate sind abe noch sehr wenig befriedigend geblieben.

Während die einfache Pancreatitis ganz wie die Appe dicitis, solange die Entzündung sich auf das Drüsengewebe allein erstreckt, ziemlich harmlose und meist missdeutete Schmerzanfälle hervorruft, ändert sich das Bild ganz plötz lich, sobald die Entzündung auf den retroperitonealen Raum und das Bauchfell übergeht. Die dann auftretenden stürmi schen Symptome erinnern am meisten an eine Perforations peritonitis oder eine innere Incarceration.

Da bisher fast alle Kranke, welche in diesem akuten Stadium operirt wurden, gestorben sind, warnt Brentano mit Recht vor einer Frühoperation der Pancreatitis, wenn der Durchbruch in die freie Bauchhöhle erfolgt ist.

In einer kleinen Zahl von Fällen kommt es dann zu einer Abkapselung. Nicht selten ergiesst sich das infektiöse Material in die Bursa omentalis, welche es nach Verklebung des Foramen Winslowi zurückhält und so die allgemeine Peritonitis verhütet.

Es bildet sich dann ein regelrechtes Bursaempyem aus, indem die anfangs so bedrohlichen Erscheinungen allmählich ausklingen. Dann tritt erst die Möglichkeit ein, mit Aussicht auf Erfolg zu operiren. Alle Kranken, welche bisher die Operation überstanden, hatten nach Brentano's Zusammenstellung das akute Stadium hinter sich und boten die Symptome einer umschriebenen Eiterung. In der Mehrzahl war es ein Bursaempyem, in selteneren Fällen ein intraperitonealer Abscess in der Oberbauchgegend, in den seltensten Fällen eine retroperitoneale Phlegmone.

Die Pancreatitis entsteht zweifellos in Folge einer bakteriellen Infektion des Drüsenparenchyms. B. nimmt an, dass in vielen Fällen der Ausführungsgang der Drüse den Weg für die Infektion bilde, wofür auch das häufige Vorkommen von Pankreaserkrankungen, zusammen mit Erkrankungen der Gallenwege (Gallensteine) spreche.

Auch Pankreassteine können die Rolle der Infektionsvermittler spielen. In selteneren Fällen sind Gastroduodenalkatarrhe für die Pancreatitis verantwortlich zu machen.

Eine metastatische Eiterung des Pankreas kann natürlich ebenso gut, wie bei jedem anderen parenchymatösen Organ vorkommen.

In einem anderen Theile der Fälle (bei Herzleiden, Stauungen im Pfortaderkreislauf, konstitutionellen Krankheiten) kommt es zunächst zu einem haemorrhagischen Infarkt, welcher sekundär infizirt wird.

Da das Bursaempyem von so grosser Bedeutung für die Diagnose der Pancreatitis ist, wendet ihm Brentano eine besondere Aufmerksamkeit zu, umsomehr als er bei seinem eigenen, mit Erfolg operirten Falle, den typischen Tumor des Bursaempyems feststellen konnte, der vornehmlich das linke Hypochondrium einnimmt und genau die Form und Ausdehnung einer stark vergrösserten Milz hat. Charakteristisch für die Bursaempyeme ist, dass der Magen vor, resp. auf dem Tumor liegt, während das Colon immer unter dem Tumor bleibt, was durch eine Aufblähung des Magens und Darmes stets nachgewiesen werden kann.

Die meist paroxysmalen Schmerzanfälle sind differentialdiagnostisch gegenüber denen bei Gallensteinen und Magengeschwüren nicht zu verwerthen.

Das Erbrechen tritt meist unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme auf. Gleichzeitig besteht Stuhlverstopfung und Meteorismus der Oberbauchgegend.

Brentano vertritt die Ansicht, dass die Fettgewebsnekrose Folge, nicht Ursache der Pankreaserkrankung ist und hervorgerufen wird durch die Einwirkung des Bauchspeichels auf die Fettzellen unter Mitwirkung eines bisher noch unbekannten Agens.

Die eine Patientin mit Pancreatitis haemorrhagia war 1 Monat vor ihrer Aufnahme ins Krankenhaus plötzlich erkrankt. Sie wurde mit der Diagnose subphrenischer Abscess operirt, da eine Probepunktion im IX. linken Intercostalraum zwischen vorderer und hinterer Axillarlinie fade riechenden Eiter ergeben hatte. Nach Resektion eines Stückes der linken IX. Rippe wurde transpleural nach Incision des Zwerchfells eine grosse Eiterhöhle eröffnet, aus welcher sich am 6. Tage nach der Operation ein 12 cm langes Stück des Pankreas entleerte. Die Patientin genas.

Der zweite, im gleichen Stadium operirte Fall verlief tötlich, die Sektion ergab, dass durch die Verjauchung des Abscesses eine Arrosion und Perforation des Duodenum stattgefunden hatte. Stabel.

Apoplexia pancreatis.

Von W. J. Rasumowsky.
(Arch. f. klin. Chirurg. Bd. 59 H. 3.)

Seitdem Spiess die Aufmerksamkeit auf die Blutungen im Pankreas als Ursache plötzlichen Todes lenkte, ist eine ganze Reihe derartiger Fälle veröffentlicht worden; bei einem Theile derselben bildete die Blutung eine zufällige Erscheinung, in anderen Fällen dagegen erschien der Bluterguss im Pankreas oder in dessen Umgebungals die hauptsächlichste oder gar einzige Veränderung.

Die Diagnose zu Lebzeiten ist sehr schwierig und war auch in Rasumowsky's Falle erst auf dem Operationstisch gestellt worden.

Sein Patient, ein 29 jähriger Arzt, litt schon während seiner Studentenzeit häufig an gastrischen Störungen und hatte besonders nach dem Genusse fetter Speisen Uebelkeit. Er erkrankte dann ganz plötzlich, nach einem sehr opulenten Mahle, mit starken Schmerzen in der Magengegend, die sich schnell zu kolikartigen Schmerzen steigerten. In der Nacht machte sich eine Auftreibung der Regio epigatrica bemerkbar. Obwohl Stuhlgang auf Ricinusöl erfolgte, bestand in der Magengrube und in der rechten Mamillarlinie eine deutliche Dämpfung. Die Unterbauchgegend war eher eingesunken, wie aufgetrieben. Temperatursteigerung bestand nicht, der Puls war beschleunigt und am nächsten Tage zeitweise klein.

In den folgenden Tagen trat eine wesentliche Besserung ein, so dass Pat. am 21. Krankheitstage eine 10 Stunden lange Schlittenfahrt zur nächsten Klinik machen konnte. Am 25. Krankheitstage wurde die Operation ausgeführt, in der Annahme, dass es sich um ein abgekapseltes Exsudat nach Magenperforation handele.

Der Leberrand lag sehr tief, unter dem linken Leberlappen machte sich deutlich Fluctuation bemerkbar — mit dem Thermocauter wurde der vorliegende Leberlappen durchbohrt und nun entleerte sich zum allgemeinen Erstaunen eine syrupartige Flüssigkeit mit veränderten Blutgerinseln, mit nekrotisirten Gewebsstücken, die sich nachträglich als nekrotische Pankreasstückchen erwiesen. Die eröffnete Höhle war fast kindskopfgross. Nachdem ein dickes Drain eingeführt war, wurde sie locker tamponirt. In den nächsten 3 Wochen schieden sich Blutgerinsel und nekrotische Pankreasstückchen ab, nach 5 Monaten war alles verheilt. Seitdem ist der Patient dauernd geheilt. Stabel.

Neurologie und Psychiatrie.

Multiple Carcinose des Schädels, verlaufend unter dem Bilde einer Hysterie.

Von Hofrath E. Stadelmann.
(D. Aerzte-Zeitung 1901, No. 7.)

So häufig die Fälle sind, in denen organische Leiden lange Zeit ganz unter dem Bilde der Hysterie verlaufen, so sind sie doch immer wieder interessant und gerade auch für den ärztlichen Gutachter kennenswerth. Der vorliegende Fall, welcher von einem so sorgfältigen Beobachter wie Stadelmann trotz klinischer Ueberwachung falsch gedeutet wurde, ist allerdings besonders auffallend.

Eine 55jährige Frau klagt seit etwa einem Jahre über Schmerzen in den Beinen, die sie am Gehen hindern, über allgemeine Schwäche, Ameisenlaufen in den Beinen und noch eine ganze Anzahl anderer unangenehmer Empfindungen. Ob

jektiv findet sich die Narbe eines operirten Brustkrebses, welche in tadellosem Zustande ist, im Uebrigen ist der gesammte körperliche Befund negativ, das Gebahren der Patientin ausgesprochen hysterisch.

Nach einigen Tagen bilden sich Lähmungserscheinungen an den Augen aus: erst wird der Lidheber und der innere Augenbewegungsmuskel schwach, dann befällt die Schwäche das ganze Gebiet des dritten Hirnnerven, wobei aber die Pupille nur etwas erweitert und nicht lichtstarr ist. Die Kranke behauptet, mit dem linken Auge Alles grösser zu sehen als mit dem rechten, und selbst bei geschlossenem rechten Auge Alles doppelt zu sehen. Da der Augenspiegelbefund normal ist und die Angaben der Kranken geradezu Unmögliches enthalten, werden auch die Erscheinungen an den Augen als hysterisch gedeutet.

Aehnlich stand es mit dem Befunde an den Ohren. Das linke Ohr sollte ganz taub sein. Die Kranke stellte die sinnlose Behauptung auf, wenn sie einen Finger ins rechte Ohr stecke, höre sie überhaupt nichts.

An der linken Gesichtshälfte und an der Vorderwand des linken Ohrs und des Gehörgangs war die Hautempfindung gestört.

Die Diagnose Hysterie schien bestätigt zu werden, als die Empfindungsstörung im Gesicht ganz verschwand und auch der linke Lidheber wieder einen Theil seiner Kraft gewann. Immerhin wurde die Möglichkeit einer Hirngeschwulst nicht ganz ausgeschlossen. Auch die Gehfähigkeit war anfangs ganz leidlich, nur nachdem die Kranke einmal in der Stube hingefallen war, erklärte sie, nicht mehr gehen und das rechte Bein nicht mehr bewegen zu können. Die Untersuchung des Beins ergab nichts Auffälliges, war aber allerdings durch ausserordentlich starke Schmerzäusserungen der Kranken sehr erschwert.

Einen Monat nach ihrer Aufnahme verfiel die Patientin unter starkem Fieber in linksseitige Krämpfe und starb.

Die Sektion ergab Krebsherde in einer Rippe, einem Schlüsselbein und dem rechten Oberschenkelknochen, der innerhalb des kranken Gebiets doppelt gebrochen war, und eine Masse von Krebsgeschwülsten in der harten Hirnhaut, durch welche der Knochen verdünnt und die Hirnrinde zusammengedrückt war, ferner in beiden Gasserschen Ganglien und in der linken Augenhöhle.

Sehr seltsam ist es, dass bei diesem Befunde nicht die geringsten Zeichen einer Hirngeschwulst klinisch erkennbar gewesen waren, und dass nie Gesichtsschmerzen bestanden hatten. Verf. ist überzeugt, dass doch das Krankheitsbild durch gleichzeitige Hysterie stark beeinflusst worden ist.

Ein neuer Fall von Erb'scher Krankheit (Myasthenia gravis pseudoparalytica).

Von C. Guastoni und L. Lombi.

(Il Policlinico 1900, No. 9. Ref. n. der Aerzte-Ztg. 1901, No. 7.)

Bei einem 33jährigen erblich belasteten Manne entwickelte sich nach einer Kopfverletzung eine zunehmende Muskelschwäche, die von den Beinen auf die Arme, den Rumpf, den Kopf überging. Objektiv fand sich eine Herabsetzung der Sehnenreflexe und der Sehkraft. Die Muskeln waren weder geschwunden, noch in ihrer galvanischen Erregbarkeit irgendwie verändert. Auch faradisch liessen sie sich durch Ströme von gewöhnlicher Stärke zur Zusammenziehung bringen. Wenn aber der Strom einige Zeit eingewirkt hatte, verlor er seine Wirksamkeit; es gelang dann nicht mehr ohne Erhöhung der Stromstärke, eine Muskelzuckung herbeizuführen (myasthenische Reaktion, Jolly). Eine zweite auffällige Erscheinung bestand in der Haut des Kranken in Gestalt von umschriebe[nen] Verdickungen, welche die Verfasser als trophische Störun[gen] auffassen.

Gynäkologie.

Der Diplostreptococcus und seine Bedeutung für [die] Aetiologie der Peritonitis puerperalis.

Von Walthard.

(Monatsschrift f. Geburtsh. und Gyn. XII. 6.)

Die unten wörtlich zitirten Schlüsse des Verf. sind g[e]wonnen durch genaueste Untersuchung dreier Fälle, von den[en] zwei tödtlich, der dritte durch Totalexstirpation des Ute[rus] mit seinen Adnexen mit Genesung endigte.

Die Arbeit giebt ein vorzügliches Muster für die Art u[nd] Schwierigkeiten der Untersuchungen von Puerperalfieberfälle[n]. Wir würden in unseren Kenntnissen weiter sein, wenn al[le] derartigen Fälle so genau untersucht werden könnten!

Der Diplostreptococcus ist ein pathogener Mikroorganism[us] aus der Streptococcengruppe und kein Saprophyt.

Der Diplostreptococcus findet sich wie der Streptococcu[s] pyogenes mit saprophytischem Charakter auf todtem Nährsubstrat, so z. B. im Vaginalsekret der gesunden Schwangeren im Lochialsekret der gesunden Wöchnerinnen, im Darminhalt des gesunden Menschen.

Der Diplostreptococcus findet sich als Entzündungserreger mit parasitärem Charakter in Reinkultur in den entzündete[n] Geweben des Endometriums, der Tubenschleimhaut, sowie [in] den Exsudaten bei Endometritis, Salpingitis, Oophoritis, sow[ie] in den Exsudaten bei Peritonitis, Pleuritis und Pericarditis puerperalis.

Der Diplostreptococcus kann vom Endometrium auf [die] Tubenschleimhaut und durch die Tube auf das Periton[eum] gelangen und zu tödtlich verlaufender, eitriger Peri[tonitis] führen, ohne dabei die Lymph- — resp. Blutbahnen des Uteru[s] zu betreten.

Die tödtlich verlaufende Bauchfellentzündung durch Diplostreptococcen unterscheidet sich von der tödtlich verlaufenden Peritonitis mit Streptococcus pyogenes durch den schleichenden Verlauf und die längere Erkrankung von Beginn derselben bis zum Eintritt des klassischen Bildes der diffusen, eitrigen Peritonitis.

Schwarze.

Hygiene.

Zur Hygiene der in Zündholzfabriken beschäftigten Arbeiter.

Von Dr. med. F. R. Röpke-Solingen.

(Ztschrft. d. Centralst. f. Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen 1901. No. 1.)

Der in amtlichem Auftrage mit der Untersuchung der Arbeiter in Zündholzfabriken des kleinen Ortes Hitdorf betraut gewesene Verfasser berichtet über das Ergebniss seiner Untersuchungen Folgendes:

Die Gesammtzahl der Arbeiter betrug 64 im Alter von 14 bis 57 Jahren. Nach ihrer Beschäftigung sind sie einzutheilen in Einleger, welche die zugeschnittenen Hölzer in Rahmen einlegen, Tunker, welche die Zündmasse zubereiten, die Hölzchen in Schwefellösung eintauchen und die durch Apparate bewerkstelligte Eintunkung in Phosphormasse überwachen, Füller bezw. Ausleger, welche die fertigen getrockneten Hölzer aus den Rahmen nehmen und in Schachteln füllen, Packer und Kistenmacher. Ein Uebergang von der einen zur anderen Beschäftigung ist häufig, dagegen wechselt die Arbeiterschaft im Ganzen wenig.

Subjektiv gaben die Arbeiter fast gänzlich an, immer ge-

und gewesen zu sein, objektiv fanden sich in zahlreichen Fällen Krankheitserscheinungen, die theils auf eine nicht spezifische Reizung der Schleimhäute, theils auf eine, dem Phosphor besonders eigene Wirkung zurückzuführen sind.

Die Menge des feinen Holzstaubes, welcher sich namentlich in den Einlegeräumen entwickelt und die Dämpfe von schwefliger Säure, die vorzugsweise im Trockenraum durch Selbstentzündung von Hölzern entstehen, führt sehr häufig zu Schleimhautentzündungen der Nase und des Rachens, sowie zu Ausschlägen am Naseneingang. Die tieferen Luftwege bleiben verschont. Bemerkenswerth sind 19 Fälle von Geschwüren an der knorpeligen Nasenscheidewand, die nach Ansicht des Verfassers von den Arbeitern durch Bohren in der so wie so entzündeten Nase entstehen.

Vierzehnmal wurde bei sonst unversehrtem Gebiss eine Eiterung aus den Alveolen der mittleren unteren Schneidezähne gefunden. Diese Erkrankung tritt gewöhnlich nach sehr langer Beschäftigung mit dem Phosphor ein. Vorbedingung für sie ist wahrscheinlich eine durch mangelhafte Zahnpflege begünstigte Zahnsteinbildung, zu der dann die örtliche Einwirkung der Phosphordämpfe hinzutritt.

Die Phosphor-Nekrose ist in Hitdorf von 1888 bis incl. 1898 nur in zwei Fällen vorgekommen, und kommt im ganzen Reiche jährlich etwa in 6 Fällen vor.

Gegenwärtig unterliegt die Zündhölzerfabrikation einer Bundesrathsverfügung von 1893. R. schlägt vor, die hierin angeordneten Vorschriften noch etwas zu erweitern: Der täglichen Reinigung soll ausser den Räumen für die Zubereitung der Tunkmasse, für das Betunken und das Abfüllen der Hölzer auch der Einlegeraum unterworfen werden, weil auch in ihm der Staub phosphorhaltig ist. Das Tragen anschliessender Arbeiteranzüge soll nicht blos den in bestimmten Räumen beschäftigten, sondern allen Arbeitern zur Pflicht gemacht werden. Ausserhalb der Arbeit sollen diese Anzüge nicht verschlossen gehalten, sondern im Gegentheil möglichst gut gelüftet werden. Vor den Mahlzeiten sollen ausser der Händereinigung und Mundspülung auch die Zähne mit warmem Wasser gebürstet werden. Vorbedingung für die Einstellung soll ein ärztliches Attest sein, wonach der Einzustellende nicht nur nicht an Phosphor-Nekrose, sondern auch nicht an Zahn-Caries leidet. Die ärztliche Untersuchung soll nicht vierteljährlich, sondern sechswöchentlich vorgenommen werden; ergiebt sie eine Phosphorkrankheit — auch blosse Alveolar-Eiterung, so ist der Arbeiter bis zu seiner Genesung der Fabrik fernzuhalten.

Ueber die Verwendung von Phosphor in der Zündholzindustrie.

Nach Berichten an den britischen Staatssekretär des Innern.
Mitgetheilt von Regierungs- und Gewerberath Hirsch-Magdeburg.

In England bestehen Verordnungen, welche die Zündholzindustrie regeln seit 1870, 1892 und 1895. Es hat sich aber herausgestellt, dass die Verordnungen unzureichend, theis vernachlässigt, ja geradezu in hinterlistiger Weise umgangen worden sind. 1898 hat man daher durch eine aus einem Arzt, einem Zahnarzt und einem Chemiker bestehende Kommission Erhebungen über alle wichtigen Punkte der Zündholz-Hygiene anstellen lassen.

England hat 23 Fabriken von Phosphor-Zündhölzern, in denen 3134 Personen, darunter 1276 weibliche, beschäftigt werden. Hierbei ist nicht mitgerechnet die Arbeiterzahl der Diamant-Kompagnie in Liverpool (514), wo besondere hygienische Verhältnisse herrschen. In allen übrigen Fabriken sind von 1894 bis 1896 36 Nekrose-Fälle gemeldet worden, in der Liverpooler dagegen kein einziger. Hier wird nämlich der gesammte Arbeitsprozess, einschliesslich des Verschachtelns auf maschinellem Wege ausgeführt.

Die Einwirkung des Phosphors auf die Zähne konnte in exakter Weise nicht ermittelt werden. Experimentell löst zwar Phosphordampf die Zahnsubstanz auf, aber die Zähne der untersuchten Arbeiter waren nicht schlechter, als die anderer gewerblicher Arbeiter. Die Meinung, dass der Kieferknochen nur bei Zahnkaries erkrankt, theilt die Kommission nicht. Ihrer Meinung nach bewirkt vielmehr das in den Körper eingedrungene Gift eine verschlechterte Ernährung des Kiefers, welche bei Eintritt entzündlicher Veränderungen das Eintreten der Nekrose begünstigt.

Die Kommission hält ein völliges Verbot der Anwendung von weissem Phosphor zur Zündholzfabrikation nicht für nothwendig. Die Gefahren können durch strikte Befolgung bestimmter Vorschriften vermieden werden. Vorgeschlagen wird: niedriger Prozentgehalt der Tunkmasse an Phosphor; weitgehender Ersatz der Handarbeit durch Maschinenarbeit, kräftige Lüftung, Trennung der Betriebsabtheilungen, Verminderung der Phosphordämpfe durch Mischung der Tunkmasse in geschlossenen Gefässen, Zusatz von Terpentin zur Masse und Zuführung von Terpentindämpfen über den Tunkstein, sowie rasche Trocknung nach dem Tunken; verkürzte Arbeitszeit bei den gefährlichen Arbeiten, öfterer Arbeitwechsel; Ausschluss von Kindern und Jugendlichen, von kränklichen und zahnkranken Personen; periodische Untersuchungen der Arbeiter, wie sie in andern Ländern bereits angeordnet sind; Anzeigepflicht für alle Phosphor-Erkrankungen; Wascheinrichtungen und Aufsicht über ihre Benutzung; Gurgelungen mit antiseptischen Spülwässern; besondere Anzüge bei der Arbeit; allgemeine Sauberkeit.

Man sieht, dass diese Forderungen zum Theil nur das wiedergeben, was hier zu Lande längst Brauch ist, zum Theil aber darüber hinaus werthvolle Anregungen geben.

In einem Anhang wird über einige Einzelversuche des Kommissionsmitgliedes Dr. Thorpe berichtet, die gleichfalls der Wiedergabe werth sind.

Der erste Absatz betrifft die Natur des Phosphordampfs und den Werth der Terpentinzuleitung. Bei der Verflüchtigung des Phosphors werden ca. $^4/_5$ des Dampfes oxydirt.

Nach Thorpe sind grade diese Verbindungen so gefährlich für den Körper. Nun besitzt Terpentinöl die Eigenschaft, der Luft beigemischt, diese Oxydation und selbst die Verdunstung des Phosphors vollständig zu verhindern, und zwar schon in sehr geringer Menge. Es wird empfohlen, die Ventilationsluft über eine etwas erwärmte Fläche Terpentinöl streichen zu lassen und auch der Tunkmasse solches zuzusetzen.

Eine weitere Versuchsreihe hatte den Einfluss von Phosphordämpfen auf die Zähne, rein chemisch betrachtet, zum Gegenstande. Es wurde nachgewiesen, dass Phosphordampf gereinigte cariöse Zähne um 0,37 Prozent ihres Gewichtes — bei 12stündiger Einwirkung — leichter machte, und dass Phosphorsäurelösung das Gewicht zerstückelter Zähne sogar um 8,9 Prozent verminderte.

Untersuchungen über die Luft in den einzelnen Räumen einer Zündholzfabrik hatten das Ergebniss, dass 100 l Luft im Tunkraum 0,02 mg Phosphor, im Packraum 0,12 mg enthielt. Arbeiter, die sich zuvor ganz sorgfältig die Hände gereinigt hatten, wurden veranlasst, nach einigen Arbeitsstunden sich nochmals zu waschen. Die Menge Phosphor im Waschwasser betrug pro Kopf und 10stündigen Arbeitstag 4,2 mg.

Giftfreie Zündhölzer.

Von Gewerbeinspektions-Assistent Lüdemann.

(Zeitschr. d. Centralst. f. Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen 1900. No. 24.)

Die in den vorigen Referaten gekennzeichnete Schwierigkeit Phosphorzündhölzer darzustellen, ohne die Gesundheit der Arbeiter ernstlich zu gefährden, hat seit einem halben Jahrhundert das Bestreben nach giftfreien Zündhölzern geweckt. Damals wurden die sogenannten schwedischen Streichhölzer, notabene von einem Deutschen, erfunden, die ja auch den Vorzug hatten, nicht so leicht zufällig in Brand zu gerathen, dafür aber wieder den Nachtheil, sich nur an besonders hergestellten Reibeflächen zu entzünden. In Anbetracht der grossen hygienischen Wichtigkeit der Zündhölzerfrage wird unsere Leser der Bericht interessiren, den Verf. über eine neue Entdeckung auf diesem Gebiete giebt, welche vielleicht berufen ist, die Phosphorhölzer und die Schweden zu verdrängen: die Triumphzündhölzer der Firma Otto Miram in Bettenhausen bei Kassel.

Bekanntlich enthält die Kuppe der „Schweden" chlorsaures Kali, die Reibfläche rothen amorphen Phosphor. Es liegt nahe, diese beiden Substanzen in dem Streichholz selbst zu vereinen, aber eine derartige Mischung explodirt beim Reiben so heftig und rasch, dass die Flamme verpufft ist, ehe das Holz sich entzündet hat. Nun hat neuerdings der Erfinder der Triumphstreichhölzer entdeckt, dass man die Heftigkeit der Explosion mildern kann, wenn man der Mischung einen, zwar auch explosiven, sich aber erheblich langsamer zersetzenden Stoff zusetzt, nämlich das Ende der achtziger Jahre von Kassner zuerst dargestellte bleisaure Calcium.

Die Zündmasse der Triumphhölzer enthält demnach als wesentliche Bestandtheile chlorsaures Kali, rothen Phosphor und bleisaures Calcium. Die Hölzer entzünden sich an allen den Flächen, an denen sich gewöhnliche Phosphorhölzer entzünden, sind aber viel weniger feuergefährlich, da sie erst bei 90—100 Grad mehr als diese, nämlich bei 160—170 Grad in Brand gerathen. Sie sind auch nicht theurer als die gewöhnlichen Weiss-Phosphorhölzer.

Vom hygienischen Standpunkte könnte man gegen die Fabrikation der Triumphhölzer einwenden, dass die Anwesenheit einer Bleiverbindung in der Zündmasse bedenklich wäre. Da man aber Bleikrankheiten bei der Fabrikation von anderen Phosphorhölzern, die bis zu 60 Prozent Bleisuperoxyd enthalten (Vulkanhölzer) bisher nicht beobachtet hat, so kann diese Gefahr wohl nicht erheblich sein.

Die Bedeutung des Milchthermophors für die Säuglingsernährung.

Von Dr. med. Erwin Kobrak.

Aus dem hygienischen Institut der Universität Breslau.

(Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. XXXIV, Heft III.)

Verf. zeigt an der Hand mehrerer Versuchsreihen, dass es mit Hilfe des Thermophors nicht nur möglich ist, gekochte Milch während mehrerer Stunden in einer Temperatur zu erhalten, die das Auskeimen der Sporen der durch $^1/_2$stündiges Kochen nicht zerstörbaren, peptonisirenden Bakterien verhindert, sondern dass 4stündiges Stehenlassen von roher Milch im Thermophor genügt, um alle Krankheitserreger, insbesondere die Tuberkelbazillen zu tödten, ohne dass man dabei die chemischen Veränderungen, die die Milch bei längerem Kochen erleidet, und die den Geschmack und die Verdaulichkeit beeinträchtigen zu befürchten braucht. Das Thermophor stellt somit für die Säuglingsernährung einen wichtigen Fortschritt dar, wenn auch seine allgemeinere Einführung erst zu erwarten ist, nachdem verschiedene technische Schwierigkeiten überwunden sein werden. Schlockow.

Ueber das Verhalten pathogener Mikroorganismen in pasteurisirter Milch.

Von Mediz.-Rath. Dr. W. Hesse.

(Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten, Bd. XXXIV, H. 2.)

Nachdem Smith-Boston gezeigt hatte, dass in verschiedenen Flüssigkeiten z. B. Bouillon, Milch bei einer Temperatur von 60° C. Tuberkelbazillen nach wenigen Minuten absterben, dass aber die die Milch bedeckende Haut diese Kleinlebewesen noch lange lebend erhält, hat Verf. untersucht, wie sich die wichtigsten übrigen die Milch verunreinigenden Krankheitserreger (Typhus, Cholera, Diphtherie, Pest) unter diesen Umständen verhalten. Er kommt zu dem Schluss, dass auch für diese Bakterien eine 15—20 Minuten anhaltende Wärme von 60° C. absolut tödtlich wirkt. Immerhin bleiben aber noch grosse Mengen von nicht krankheitserregenden Keimen gegen diese Temperatur unempfindlich. Schlockow.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus französischen Gesellschaften.

(Progrès méd.)

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 16. Januar 1901.

Herr Poirier berichtet über einen Fall von Schädelbruch, der wahrscheinlich den vorderen Abschnitt des Schädelgrundes betraf und durch seinen Verlauf beachtenswerth wurde. Ein Mann stürzt auf die rechte Kopfseite; er kann noch wenige Stufen gehen, stürzt aber dann bewusstlos hin. Blut strömt aus der Nase und nach 3 Tagen zeigen sich Blutunterlaufungen an den unteren Augenlidern. Ein nach fünf Tagen unternommener Arbeitsversuch musste aufgegeben werden, weil sich Kopfschmerz und hohes Fieber einstellten, eine Verlangsamung des Pulses trat ein. Durch Lumbal-Punktion wurde eine klebrige Flüssigkeit gewonnen. Poirier öffnete den Schädel beiderseits dicht über den Ohren, schnitt die harte Hirnhaut ein und entleerte eine Flüssigkeit, die eben so beschaffen war, wie die des Wirbelkanals. Die Wunden wurden drainirt. Am vierten Tage fiel die Temperatur, die Heilung nahm ihren ungestörten Verlauf. Aus der entleerten Flüssigkeit wurden Staphylococcen gezüchtet.

Herr Tuffier berichtet über Durchleuchtung bei Geschossen im Schädelinnern. In einem von den mitgetheilten Fällen zeigten die Röntgen-Bilder, dass das Geschoss in der Augenhöhle sass, im anderen, dass es im Stirnlappen der der Einschussöffnung entgegengesetzten Seite steckte. Beide Male gelang es nach diesen Feststellungen, das Geschoss aufzufinden. Tuffier hat noch mehrere ähnliche Fälle dieser Art gesehen. Er gedenkt besonders eines, in welchem der Verletzte versicherte, dass bloss eine Kugel eingedrungen sei, und in dem dennoch zwei Metallkörper nachweisbar waren. Es stellte sich heraus, dass die Kugel am Schläfenbein in zwei Theile gespalten worden war.

Herr Contomoulin zählt bereits 28 Fälle, in denen die Röntgen-Durchstrahlung die Entfernung solcher Geschosse ermöglicht hat.

Zu einer lebhaften Erörterung giebt ein Vortrag des Herrn Rochard über durchbohrende Bauchverletzungen Anlass. Er berichtet über drei Fälle. Das eine Mal war nichts als eine kleine Blutung, ohne Schädigung eines Eingeweides zu finden; im zweiten Falle traf die Verletzung Brust und und Bauchhöhle gleichzeitig, ein Theil des Netzes war vorgefallen. R. machte einen seitlichen Bauchschnitt, schnitt den vorgefallenen Theil ab, brachte den Rest zurück, und schloss die Zwerchfellwunde, durch welche inzwischen Luft in den Brustkorb gedrungen war; dann suchte er den Darm ab, fand

im Querdarm eine Wunde, und nähte dieselbe. Beide Verletzte genasen, (über den dritten wird nichts weiter berichtet).

R. unterscheidet zwischen Schuss- und Stichwunden des Unterleibs insofern, als er es bei letzteren nicht für nothwendig hält, den ganzen Darm abzusuchen.

Auf den Vorschlag des Herrn Auvray bei gleichzeitiger Verletzung des Zwerchfells, eine Rippe wegzunehmen, um die Wunde zugänglicher zu machen, entgegnet R., dass im vorliegenden Falle der Weg von der Bauchhöhle aus ihm praktischer erschienen sei.

Auch Herr **Walter** berichtet über eine ganz ähnliche Verletzung, bei deren Naht er eine Eröffnung des Rippenfells vermieden hat. Um ein Einströmen von Luft in den Brustraum zu verhindern, hat er vor dem Nähen das Zwerchfell in der Nähe der Wunde mit zwei Klemmen fixirt, und zwar mit gutem Erfolge.

Auch Herr Delomme billigt den von Rochard eingeschlagenen Weg.

Ueber die Nothwendigkeit, das Einströmen von Luft in den Brustraum zu verhüten, bestehen grosse Meinungsverschiedenheiten. Herr Poirier und Herr Bazy halten den Pneumotorax nicht für so bedenklich, der Letztere bei vorsichtigem Verfahren sogar für harmlos, Herr Quenu und Herr Michaux sind genau entgegengesetzter Ansicht.

Sitzung vom 23. Januar 1901.

Herr **Loison** berichtet über eine durch Hufschlag bewirkte Milzzerreissung, welche durch Bauchschnitt und Tamponade der Milz geheilt worden ist.

Sitzung vom 6. Februar 1901.

Herr **Peyrot** trägt einen Fall von gleichzeitiger Verletzung der Brust- und Bauchhöhle vor, welcher dem oben wiedergegebenen Rochard'schen entsprach. Auch hier wurde das Zwerchfell genäht, und der Kranke genas.

Sitzung vom 6. März 1901.

Herr **Hartmann** bespricht die Behandlung der Milzverletzungen und kommt zu dem Schlusse, dass die Operation der Wahl, welche die besten Ergebnisse zeitige, die Entfernung der Milz sei. Dem gegenüber berichten Herr Lejars und Herr Perrier über Fälle, die durch Ausstopfung der Milzwunde geheilt wurden.

Herr **Hartmann** weist dann noch auf die Wichtigkeit der Zusammenziehung der Bauch-Muskulatur, als eines Zeichens für das Vorliegen einer Eingeweideverletzung bei Bauchquetschungen hin.

Société de Biologie.

Sitzung vom 26. Januar 1901.

Herr **Launay** hat an Thieren Versuche mit Skorpionsgift angestellt und bei akuter Vergiftung eine schwere Entzündung der Gefässknäuel in den Nieren mit Blutungen und Gewebstod erzielt.

Sitzung vom 2. Februar 1901.

Herr **Artault-Vevay** hat zum Gegenstande seiner Forschungen eine besondere Form von Entzündungen der Mundschleimhaut gemacht, die durch den Genuss von Früchten hervorgerufen wird, welche mit den Haaren oder Absonderungen gewisser Schmetterlinge und Raupen bestäubt sind. Die Entzündung ist gekennzeichnet durch das Aufschiessen von plaques an den Lippen, Zahnfleisch und der Wangenschleimhaut, welche ihrerseits mit stecknadelkopfgrossen rothen Fleckchen gepunktet sind. Die grösseren plaques werden geschwürig und gleichen dann den Aphthen, nur sind sie schmerzlos. Die Geschwüre heilen nach 4—5 Tagen vollkommen. Allgemeinstörungen oder Drüsenschwellungen treten nicht ein. Diese Form der Mundentzündung ist bei Kindern, welche ungeschältes Obst essen, nicht selten.

Société médicale des hopitaux.

Sitzung vom 22. Februar 1901.

Herr **Gaucher** und Herr **Henri Bernard** theilen Fälle von Gürtelrose nach Unfall mit. Sie sahen dreimal die Bläschenflechte auf Verletzungen folgen, welche nicht den Nervenstamm betrafen, sondern nur in Weichtheilquetschungen oder oberflächlichen Wunden bestanden. G. und B. nehmen an, dass der Herpes zoster zweierlei Ursprungs sein kann: entweder centralen Ursprungs, sei es durch Infektion, sei es durch Verletzung des Rückenmarks — in beiden Fällen entspricht die Ausbreitung der Bläschen dem Ursprung der betreffenden Nerven im Rückenmark; oder peripherischen Ursprungs — dann breitet sich der Ausschlag genau so aus, wie die Verzweigung des verletzten Nerven.

Herr Parmentier hat bei einem Lastträger, der mit der Bürde, die er auf der Schulter trug, zu Schaden gekommen war, am nächsten Tage einen Herpes-Ausbruch im Bereiche des nervus brachialis cutaneus internus gesehen, ohne dass gleichwohl das Gebiet dieses Nerven unmittelbar verletzt gewesen wäre.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Es ist unrichtig anzunehmen, die Unterbringung in einem medico-mechanischen Institut diene in der Regel nicht der Heilung einer Krankheit.

Entsch. vom 9. Mai 1900.

Der Maurer C. erlitt im Betriebe des Zimmermeisters St., wodurch er Mitglied der Krankenkasse in Bischofswerder wurde, am 24. Januar 1898 einen Betriebsunfall. Vom 28. März bis 30. April 1898 liess ihn die Baugewerks-Berufsgenossenschaft auf ihre Kosten im medico-mechanischen Institute behandeln Für die Zeit vom 28. März bis zum Ablaufe der ersten dreizehn Wochen, nach dem Unfall forderte sie als Ersatz das Krankengeld, das C. von der Krankenkasse zu beanspruchen gehabt habe. Der Bezirksausschuss wies sie jedoch mit ihrer hierauf gerichteten Klage ab. Die hiergegen eingelegte Revision erachtete das Oberverwaltungsgericht für begründet und führte u. A. aus: Der Unfall hat darin bestanden, dass, während C. beim Ausbessern von Fundamenten beschäftigt war, eine Mauer einstürzte und ihn unter sich begrub. C. wurde bewusstlos herausgeholt; aus Mund und Nase strömte Blut; über dem rechten Auge und am Hinterkopfe war eine Wunde; der rechte Arm hatte eine Verstauchung und Quetschung erlitten, die Schädelbasis war gebrochen. Die Verletzung wurde ärztlicherseits als eine höchst schwere bezeichnet. C. ist vom 24. Januar bis zum 5. Februar 1898 im Krankenhause behandelt worden. Bei seiner Entlassung war er noch nicht arbeitsfähig. Am 3. März 1898 stellte der Arzt fest, dass C. nicht arbeitete, und bescheinigte, dass zwar seit der Entlassung aus dem Krankenhause eine wesentliche Besserung eingetreten und weitere Besserung zu erwarten sei, jedoch etwa in vier Monaten, und dass „das Heilverfahren noch nicht als beendet anzusehen sei, da durch Massage, aktive und passive Bewegbarkeit ein Besserungserfolg zu erzielen sein müsse.“ Nachdem die Behandlung in dem medico-mechanischen Institute vom 28. März bis zum 30. April 1898 ge-

dauert hatte, gab der behandelnde Arzt am 30. April 1898 sein Gutachten dahin ab, dass der Bruch der Schädelbasis in seltener Weise günstig geheilt und bezüglich des Armes eine wesentliche Besserung zu verzeichnen sei, auch „die durch die Verletzung bedingten Beschwerden von Seiten des Kopfes mehr in den Hintergrund zu treten begönnen", und dass die Erwerbsunfähigkeit, die durch den Unfall bedingt sei, 50 pCt. betrage. Hiernach ist anzunehmen, dass in der Zeit vom 28. März bis zum 24. April 1898 bei C. durch Krankheit verursachte Erwerbsunfähigkeit gemäss § 6 des Krankenversicherungsgesetzes vorhanden war. Das Krankenversicherungsgesetz scheidet nicht in der Weise, wie das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 (§ 5), zwischen völliger und theilweiser Erwerbsunfähigkeit. Nach der Schwere des Unfalls, und nach dem ärztlichen Gutachten vom 3. März und vom 30. April 1898 kann es aber keinem Bedenken unterliegen, dass er in der Zeit vom 28. März bis zum 24. April 1898, von der durch die medico-mechanische Behandlung bis dahin bewirkten Besserung, nicht im Stande war, seiner früheren Erwerbsthätigkeit als Maurer ohne Verschlimmerung seiner Krankheit nachzugehen, d. h. im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes erwerbsunfähig war. Mag er auch vom 12. März 1898 ab bei seinem früheren Arbeitgeber wieder gegen Lohn gearbeitet haben, so wird hierdurch die Erwerbsunfähigkeit während jener Zeit noch nicht ausgeschlossen. Das Arbeiten vom 12. bis zum 27. März erklärt sich leicht daraus, dass C. für seine Ehefrau und seine drei Kinder zu sorgen hatte. Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes kann bestehen, obgleich thatsächlich gearbeitet wird. Ein zeitweises Arbeiten auf Kosten der Gesundheit beweist nicht die Arbeitsfähigkeit. Somit hatte D. während der in Betracht kommenden Zeit gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf Krankengeld. Es ist ferner anzuerkennen, dass die Behandlung in dem medico-mechanischen Institute ein Heilverfahren nach § 76c. des Krankenversicherungsgesetzes gewesen ist. Gewiss hat sie auch, vielleicht sogar vorwiegend, stattgefunden, um die Unfallrente zu mindern, also im Interesse der Genossenschaft. Allein ein solches Interesse der Berufsgenossenschaf, wird in den Fällen des § 76c regelmässig vorhanden sein, hat aber den Gesetzgeber nicht veranlasst, der Berufsgenossenschaft jede Vergütung seitens der Krankenkasse zu versagen, sondern nur die für ärztliche Behandlung und Heilmittel. Auch die sonstigen Voraussetzungen des § 76c sind vorhanden. Der Zeitraum, für den Ersatz verlangt wird, liegt innerhalb der ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall und der dadurch herbeigeführten Krankheit. M.

Verlassen eines mediko-mechanischen Instituts.
R.-E. 11. Juli 1900.

Der Bierfahrer L. aus der Gegend von Stuttgart hatte am 21. April 1899 auf dem Hof der fraglichen Brauerei einen Unfall erlitten, als er damit beschäftigt war, Fässer auf einen Wagen zu laden. Der Unfall bestand in einer Verletzung des linken Zeigefingers. Von ärztlicher Seite wurde die Zubilligung einer Rente von 10 pCt. befürwortet und darauf hingewiesen, dass durch eine mediko-mechanische Behandlung die Erwerbsbeeinträchtigung vielleicht gänzlich beseitigt werden würde. Die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft bewilligte auch eine Rente von 10 pCt. und wies dann den Verletzten an, sich in ein mediko-mechanisches Institut zu begeben; im Falle er dieser Aufforderung nicht nachkommen würde, sollte ihm die Rente entzogen werden. L. begab sich auch in das fragliche Institut, verliess aber dasselbe bereits am ersten Tage und weigerte sich, sich daselbst behandeln zu lassen, da er bei der Ernte helfen müsse. Gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft, durch welchen die Rente einges[…] wurde, legte L. Berufung beim Schiedsgericht ein, wel[…] jedoch auf Zurückweisung des Rechtsmittels erkannte, da n[…] dem ärztlichen Gutachten die Berufsgenossenschaft befugt […] scheine, den Verletzten in ein mediko-mechanisches Inst[…] zu weisen, und die Rente einzustellen, nachdem L. es […] gelehnt hatte, sich einer mediko-mechanischen Behandlung […] unterwerfen. Alsdann ergriff L. das Rechtsmittel des Rekurs[…] an das Reichs-Versicherungsamt und beantragte, die Beru[…] genossenschaft zur Weiterzahlung von 10 pCt. Rente ver[…] theilen zu wollen. Die Berufsgenossenschaft hingegen e[…] achtete sich für befugt, die Rente zu entziehen, weil d[…] Erwerbsfähigkeit des Verletzten wieder völlig hergestel[…] worden wäre, wenn er das erwähnte Institut nicht verlasse[…] hätte. Das Reichs-Versicherungsamt forderte noch ein Ob[…] gutachten ein, in welchem ausgeführt wurde, eine wesentlich[…] Besserung wäre im Institut nicht erzielt worden, auf keine[…] Fall aber in kurzer Zeit. Das Reichs-Versicherungsamt ga[…] darauf auch dem Rekurse statt und verurtheilte die Beruf[…] genossenschaft zur Zahlung von 10 pCt. Rente, indem au[…] geführt wurde, die Berufsgenossenschaft sei nur dann be[…] rechtigt, die Rente wegen der Weigerung einzustellen, wenn durch die Krankenhausbehandlung Besserung eingetreten wäre. Dies könne aber nach dem Obergutachten nicht angenomme[…] werden. M.

Tod an Lungenentzündung. Betriebsunfall liegt vor.
Rek.-Entsch. vom 20. Oktober 1900.

Die Wittwe des am 6. Dezember 1898 im Knappschafts[…] lazareth zu Z. an Herzlähmung verstorbenen Pferdeführer[…] Anton G. hat am 1. Februar 1899 für sich und ihre Kinder Anspruch auf Unfallrente erhoben, weil der Tod ihres E[…] mannes auf einen demselbem am 1. Dezember 1898 [...] stossenen Betriebsunfall zurückzuführen sei, da er an d[…] Tage zwischen Waggons gerathen und von der Ziehkette a[…] der rechten Seite verletzt worden wäre, so dass er Blut sp[…] Der Sektionsvorstand hat den Rentenanspruch mit der Begründung abgelehnt, dass ein Betriebsunfall nicht erwiese[…] sei, denn an dem Tage der Einlieferung ins Lazareth — am 6. Dezember 1898 — wären nach der Mittheilung des Knappschaftsarztes Dr. H. Verletzungsspuren überhaupt nicht zu finden gewesen, auch sei durch die Zeugenaussagen in der Unfallverhandlung Beweis für die Behauptung der Wittwe G. nicht erbracht. Die Berufung der Wittwe G. ist auf Grund des eidlich erstatteten Gutachtens des Knappschaftsarztes Dr. H. verworfen worden. Dieser Sachverständige begutachtet, dass es zwar möglich sei, dass sich der Verstorbene bei dem Versuche, die stark angespannte Kette loszuhaken, eine ungewöhnlich grosse körperliche Anstrengung zugemuthet hätte; eine solche sei auch an sich geeignet, wenn alte Verwachsungen zwischen Rippenfell und Brustfell bestehen, durch Zerrung eine Lungenentzündung zu veranlassen. Da aber in dem Protokoll über die stattgehabte Obduktion der Leiche be[…] sonders hervorgehoben sei, dass keine alten Verwachsungen, sondern nur frische Verklebungen vorhanden wären, so sei ein ursächlicher Zusammenhang der Lungenentzündung mit dem Unfall nicht anzunehmen. Der Sachverständige hält allerdings für wahrscheinlich, dass die Lungenentzündung etwa 6 Tage vor dem Tode des G. begonnen hat, wodurch auch das blasse Aussehen und der behauptete blutige Auswurf ihre Erklärung fänden; damit sei aber nur die Vermuthung für ein zeitliches Zusammentreffen zwischen der Lungenentzündung und der auch nur angenommenen starken körperlichen Anstrengung gegeben. Gegen die Schiedsgerichtsentscheidung hat die Wittwe G. Rekurs eingelegt. Demselben wurde statt-

;egeben und die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung der Hinterbliebenen gemäss § 6 des Unf.-Vers.-Ges. sowie zur Erstattung von 10 Mark aussergerichtlichen Kosten verurtheilt. Gründe:

Wie schon in dem schiedsgerichtlichen Urtheile unter Bezugnahme auf die Aussagen des Wagenschiebers G. und der Pferdeführerfrau W. festgestellt ist, hat Anton G. in der letzten Schicht, welche er in der Guidogrube verfahren hat, versucht, das von ihm geführte, an einen Wagen gekuppelte Pferd bei sehr starker Anspannung der Kette abzukuppeln und sich nach diesem Vorgang mit der Hand die rechte Brustseite gehalten und sehr blass ausgesehen. Nach den eidlichen Aussagen der Grubenarbeiter B. und M. ferner hat Anton G. an einem Monatsersten einen nicht ganz voll geladenen Wagen von der Waage nach der Rampe mit dem Pferde ziehen sollen nnd nach Verrichtung dieser Arbeit zu den Zeugen, welche eine Weile nicht hingesehen hatten, geäussert, „jetzt hat es mir aber einen ordentlichen Stoss gegeben, ich und das Pferd wären beinahe todtgeschlagen; ich soll heute noch mit Heu fahren, aber ich werde nicht mehr fahren, ich werde meinen Sohn schicken.“ Er hat auch, während er sonst roth war, blass ausgesehen, ist am nächsten Tage nicht mehr zur Arbeit erschienen und soll, wie den Zeugen erzählt wurde, nach einigen Tagen gestorben sein. Der Grubenarbeiter S. endlich hat unter dem Eide ausgesagt, dass Anton G. an einem Tage vor etwa einem Jahre mit einem zum Scheuen geneigten Pferde eine zu wenig beladene Lowry auf die Ladestelle zurückfuhr, dass das Pferd, als er mit einer leeren, halbrechts auf dem Nebengeleise stehenden Lowry in gleicher Höhe war, erschrak und bei Seite hinter den leeren Wagen sprang, dass das Pferd sich darauf an dem hinteren Puffer des leeren Wagens verwickelte und, als dann der volle Wagen mit der Anspannkette das Pferd fortzog und gleichzeitig der Pferdeleib den leeren Wagen in Gang brachte, Anton G. das Lenkseil fallen liess und anscheinend erschreckt hinter seinen vollen Wagen rückwärts herumsprang. Nach diesen Bekundungen hat das R.-V.-A. kein Bedenken getragen, als erwiesen anzunehmen, dass dem Anton G. in der letzten Schicht, welche er in der Guidogrube unstreitig am 1. Dezember 1898 verfahren hat, bei dem Versuch, eine stark angespanten Kette vom Wagen loszukoppeln, in Folge von Ueberanstrengung ein Unfall zugestossen ist und ihm Verletzungen beigebracht worden sind, welche ihn am Weiterarbeiten hinderten. Der Knappschaftsarzt Dr. H., welcher den Anton G., als dieser am 6. Dezember 1898 sterbend in das Lazareth eingeliefert wurde, untersuchte, hat zwar Verletzungsspuren nicht vorgefunden und den ursächlichen Zusammenhang der Lungenentzündung, an welcher G. am 6. Dezember 1898 gestorben ist, mit dem Unfalle verneint, der Sanitätsrath Professor Dr. W. hat aber in seinem Gutachten vom 5. Juli 1900 sich in überzeugender Weise dahin geäussert, dass es nicht unwahrscheinlich sei, dass der Tod des Anton G. eine Folge des Unfalls vom 1. Dezember 1898 ist, da G. gesund in die Arbeit gegangen ist, nach dem Unfalle sofort über Schmerzen in der rechten Brustseite geklagt hat und, ohne eine weitere Schicht zu verfahren, krank geworden und gestorben ist. Bei dieser Sachlage war nicht blos der Unfall, sondern auch der ursächliche Zusammenhang desselben mit dem Tode des Anton G. für erwiesen zu erachten und demgemäss unter Aufhebung der Vorentscheidungen der Anspruch der Kläger auf Hinterbliebenenrente und Kostenerstattung gemäss § 6 des Unf.-Vers.-Ges. vom 6. Juli 1884 und § 19 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. August 1885 für gerechtfertigt zu erklären. (Compass.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Zollitsch, Dr., Generalarzt und Korpsarzt im K. B. III. Armeekorps. Die geistigen Störungen in ihren Beziehungen zur Militär-Unbrauchbarkeit (bezw. Invalidität) und Zurechnungsfähigkeit. Würzburg, A. Stuber, 1901. 28 Seiten.

Gewiss ist es ein sehr gesunder Gedanke, den Militärärzten einen Leitfaden für die grade bei ihnen so ungemein wichtige Erkenntniss und Beurtheilung der Geistesstörungen an die Hand zu geben, und es ist besonders dankenswerth, dass dies von seiten eines Mannes geschieht, der für gesundes und krankes Seelenleben ein entschiedenes Verständniss an den Tag legt. Freilich, so geschickt auch die Zusammenstellung ist — auf 28 Oktavseiten lässt sich eben nur wenig geben. So wenig für die zivile Sachverständigenthätigkeit in irrenärztlichen Dingen ein ausführlicheres Lehrbuch entbehrlich ist, so wenig ist es dies für die militärische.

Was die Einzelheiten betrifft, so ist die Darstellung im Allgemeinen einwandsfrei. Nur in einem wichtigen Punkte müssen wir dem Verf. durchaus widersprechen: Seite 25 heisst es: „Die Frage des § 51 St. G. B. kann nur dann bejaht werden, wenn die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist nicht blos durch das Bestehen einer geistigen Störung überhaupt, sondern es muss auch der Nachweis des Einflusses derselben auf die inkriminirte Handlung geliefert werden.“ Dieses Verlangen ist nicht Gemeingut der modernen gerichtlichen Psychiatrie! Wenn ein chronisch Verrückter ein Sittlichkeitsverbrechen begeht, für das in seinem Wahnsystem kein Anlass gefunden wird, ist er dennoch als unzurechnungsfähig zu erachten; dann wer vermag den seelischen Irrwegen eines solchen Kranken zu folgen? Nach Jahren vielleicht enthüllt ein Zufall den Zusammenhang des Verbrechens mit dem Wahn, welchen Zusammenhang der Kranke vorher sorgsam verborgen hat.

Den Satz „Die Paranoia führt stets zu dauernder Geistesschwäche, zur Verblödung“ möchten wir als offenbaren Lapsus gern in späteren Auflagen korrigirt sehen.

Kocher, Prof. Dr. Theodor in Bern und **de Querdach,** Dr. F. in La Chaux de Fonds. Encyklopädie der gesammten Chirurgie. Leipzig, F. W. Vogel 1901. Lieferung 1 und 2. [25 Lieferungen à 2 M.]

Die Vogelschen Sonder-Encyklopädieen haben sich bereits einen ehrenvollen Platz in der medizinischen Litteratur erworben, und mit hochgespannten Erwartungen wird ein neues Werk wie das in seinen Anfängen hier vorliegende begrüsst. Schon die Namen der Herausgeber und Mitarbeiter lassen Vortreffliches erwarten. Da finden wir ausser den die Universitätslehrstühle zierenden Grössen der Chirurgie hervorragende Vertreter anderer Sonderfächer verzeichnet, und Namen, wie Baehr, Golebiewski, Stern, Stolper und Thiem zeigen, dass die Unfall-Heilkunde gebührend berücksichtigt werden wird. Sichtlich ist im Stil des Werkes darauf Bedacht genommen, die öde Trockenheit des Lexikons zu vermeiden und trotz gedrängter Knappheit das Lesen angenehm und interessant zu gestalten.

Unter dem Gesichtspunkte der gerichtlichen Medizin im weitesten Sinne erwähnen wir aus den ersten beiden Lieferungen besonders die Aufsätze „Achillessehne“, „Aethernarkose“, „Alkoholismus“, „Alveolarfortsatz (-Verletzungen)“, „Aneurysma“, „Ankylose“ — mit 2 sehr schönen Bildern —, „Arterienverletzungen“, „Arthritis“.

Trautmann, Geh. Med.-R., Prof. a. d. Universität Berlin, Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Mit 27 Abbildungen. Bd. IV der Bibliothek von Coler. Berlin 1901. Verlag von August Hirschwald. 104 S. Preis 4 Mk.

Am 15. März 1901 feierte der Generalstabsarzt der Armee, Wirkl. Geh. Ober-Med.-R., ord. Hon.-Professor an der Univ. zu Berlin, Dr. von Coler, Exc., in geistiger Frische und körperlicher Rüstigkeit seinen 70. Geburtstag. Zu Ehren des Jubilars, dem nicht nur das Militär-Medizinalwesen, sondern die gesammte Medizin, insbesondere die Hygiene, bedeutsame Förderung und wesentliche Fortschritte verdankt, erscheint seit dem März d. J. unter dem Titel „Bibliothek v. Coler", herausgegeben von Generalarzt Dr. O. Schjerning, eine Sammlung von Werken aus dem Bereiche der medizinischen Wissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der militärmedizinischen Gebiete. Jeder Band enthält die monographische Bearbeitung eines bestimmten Themas aus dem Gesammtgebiete der Medizin. Bis jetzt sind 6 Bände ausgegeben: Bd. I, Kübler, Geschichte der Pocken und der Impfung; Band II, v. Behring, Diphtherie; Band III, Buttersack, Nichtarzneiliche Therapie innerer Krankheiten; Band IV, siehe oben; Band V, Fischer, Kriegschirurgische Operationen; Band VI, Zuntz und Schumburg, Physiologie des Marsches. Es ist hieraus ersichtlich, dass die in der Bibliothek v. Coler behandelten Gegenstände keineswegs ausschliesslich militärärztliches Interesse haben, sondern für jeden praktischen Arzt und Hygieniker, speziell auch für den ärztlichen Sachverständigen, von Wichtigkeit sind. Die Autoren rekrutiren sich indess im Wesentlichen aus militärärztlichen oder diesen nahe stehenden Kreisen, die hierdurch ihrem verehrten Chef auf dem von ihm stets gepflegten und hochgehaltenen Gebiete der Wissenschaft in würdiger Weise ihren Dank und ihre Huldigung darbringen.

Diesem Gefühle des Dankes und der Verehrung, verbunden mit dem der Freundschaft, ist die vorliegende Arbeit Trautmann's entsprungen, der an dreissig Jahre der Armee als aktiver Sanitätsoffizier angehört hat und den das Sanitätsoffizierkorps deshalb mit Stolz zu den Seinigen zählt.

Nach einer einleitenden Bemerkung über die Stellung der Ohrenheilkunde im medizinischen Studienplan werden zunächst die Operationen am äusseren Ohr — bei Verletzungen, Othaematom, Perichondritis, Missbildungen und Neubildungen — und am äusseren Gehörgang besprochen; hier ist besonders das Kapitel über die Fremdkörper instruktiv. Dann folgen die Operationen am Trommelfell (besonders die Paracentese), an den Binnenmuskeln des Mittelohrs und an den Gehörknöchelchen und schliesslich die grösseren Operationen am Schläfenbein zur Freilegung des Kuppelraumes, des Antrum mastoideum und dann aller Mittelohrräume zusammen (Radikaloperation). Die Operationen zur Heilung der cerebralen otitischen Komplikationen — Sinusthrombose, Hirnabscess, Meningitis — bilden den Schluss.

Die Schrift giebt in knapper und klarer, auch für den Nichtfacharzt durchaus verständlicher Form alles Wissenswerthe über die Art der Ausführung der Ohrenoperationen, beschränkt sich aber nicht hierauf, sondern enthält auch bemerkenswerthe Darlegungen über die Symptome der operativ zu behandelnden Affektionen und besonders auch über die Indikationen zum operativen Einschreiten. Namentlich diese letzteren Ausführungen machen das Buch auch für den ärztlichen Sachverständigen, der z. B. in die Lage kommen kann, beurtheilen zu müssen, ob in der Unterlassung einer Ohrenoperation in einem bestimmten Falle ein strafbares Verschulden des behandelnden Arztes zu erblicken ist, beachtens- und lesenswerth. Richard Müller.

Roese, Dr. med. C. (München), Anleitung zur Zahn- Mundpflege. Mit 38 Abbildungen. Vierte Auflage, 15. 25. Tausend. Jena 1900. Verlag von Gustav Fischer.

Der Verfasser, welcher auf dem Gebiete der Volkss pflege sich grosse Verdienste erworben hat, hatte sein kle Werk zunächst auch nur für Volksschullehrer bestimmt. Grunde gelegt sind Roese's Zahnuntersuchungen an nah 14 000 Schulkindern in Baden und Thüringen, sowie an 5 bayrischen Musterungspflichtigen. Die werthvolle Schrift sich jedoch auch in weiteren Kreisen Eingang verschafft, mal sie gegen andere ähnliche Arbeiten den grossen Vorz guter und übersichtlicher Abbildungen besitzt. Der Verfas hat es verstanden, die wissenschaftlichen Prinzipien der Zah und Mundpflege mit einer anschaulichen und populären D stellungsweise zu verbinden. Von der Anatomie der Zä ausgehend, bespricht er die Caries derselben mit ihren Fol erscheinungen und die Erkrankungen der Mundschleimha und schliesst dieses Kapitel mit folgenden wichtigen Thes

1. Eine gesund erhaltene Mundschleimhaut ist d sicherste Vorbeugemittel gegen ansteckende Kran heiten aller Art.
2. Eine unsaubere Mundhöhle bildet eine ständige Gefa nicht nur für unsere eigene, sondern auch für d Gesundheit unserer Mitmenschen.

In den folgenden Kapiteln werden die mittelbaren U sachen der Zahnverderbniss und die künstliche Zahnpflege be sprochen, wobei der Verfasser auf die richtige Anwendun der Zahnbürste für die mechanische Mund- und Zahnreinigu besonderen Werth legt; als nothwendige Eigenschaften de Mundwässer bezeichnet Roese vollkommene Unschädlichk derselben, hinreichende antiseptische Wirkung, guten Ge schmack und angenehmen Geruch.

Für das vorzüglichste Heilmittel der erkrankten Sch haut hält Roese den 50—60proz. Alkohol (Franzbrannw der sich aber natürlich nicht zur täglichen Mundpflege eig vielmehr soll nur bei krankhaften Zuständen des Zahnfleisches die Zahnbürste mit Alkohol beim Putzen befeuchtet werden bei zu häufiger Anwendung verursacht der Alkohol in der Mundhöhle eine Schrumpfung des Zahnfleisches. Die nützliche Schrift schliesst mit der Besprechung der Mundpflege bei Säuglingen, bei Schwerkranken und einer zweckmässigen Ernährung im jugendlichen Alter, sowie einer kurzen Uebersicht über die zahnärztliche Behandlung im Allgemeinen.

Dr. P. Ritter, Berlin.

Greve, Dr. H. Christian, Zahnarzt in Magdeburg, Die Prophylaxe bei Zahn- und Mundkrankheiten. München 1900. Verlag von Seitz u. Schauer. (Nobiling-Jankau, Handbuch der Prophylaxe, Abtheilung VI.)

Verfasser geht zunächst auf frühere Untersuchungen ein, aus denen hervorgeht, dass die menschliche Mundhöhle an und für sich ein ausgezeichneter Brütofen für Bakterien sei; so fand Netter beispielsweise im Speichel von 127 untersuchten gesunden Individuen bei 80 Prozent den Fränkel-Weichselbaum'schen Pneumoniecoccus bei denen, die eine Pneumonie überstanden hatten; bei denen, die nie an dieser Krankheit gelitten hatten, in 20 Prozent der Fälle. Als Wegweiser für die allgemeine Prophylaxe der Mundkrankheiten stellt Greve die Beobachtung auf, dass die Zahl der pathogenen Bakterien in einer unsauberen Mundhöhle viel grösser ist als in einer sauberen; hierbei lehnt er sich besonders an die Untersuchungen von Miller an und bezeichnet als hauptsächliches Mundpflegemittel das Mundwasser. Im Gegensatz zu Miller vertritt er die Ansicht von Röse, dass das Subli-

ıat zwar ein gutes Desinfektionsmittel, aber als Zusatz zum [undwasser ungeeignet sei.

Bei der speziellen Prophylaxis im zweiten Kapitel bepricht Verfasser zunächst die Dentitionen und die Wichtigeit der Pflege der Milchzähne und geht sodann auf die vorommenden Anomalien, vorzugsweise auf die Prognathia paıologica ein, deren Hauptursache in der mangelhaften Entricklung oder dem frühzeitigen Verluste der ersten bleibenen Molaren zu suchen ist. In den weiteren Abschnitten des Büchleins werden die Erkrankungen der Zähne und des Zahneisches, sowie der Kieferknochen, ferner die Verhütung von ıblen Zufällen bei Zahn-Extraktionen, in einer dem Zwecke es Gesammtwerkes entsprechenden anschaulichen, wenn auch :nappen Darstellungsweise, erörtert. Zum Schluss wird noch les prophylaktischen Werthes der Prothesen zur Deckung des Substanzverlustes nach Verletzungen und nach Resektionen gedacht. Dr. P. Ritter, Berlin.

Tagesgeschichte.

Ein Antrag zur Einschränkung des Branntweingenusses

ist im preussischen Abgeordnetenhause von Graf Douglas eingebracht worden. Durch denselben wird ein Gesetzentwurf folgenden Inhalts gefordert: Die Wirthe bezw. Händler sollen Branntwein nur in fuselölfreiem Zustande, morgens nur von 7 Uhr im Sommer, 8 Uhr im Winter ab, und grundsätzlich nicht an Angetrunkene, Personen unter 16 Jahren und polizeilich bezeichnete Trunkenbolde abgeben dürfen. Gleichzeitig sollen die schädlichen Folgen des Trunks durch geeignete Veröffentlichungen dem Volksbewusstsein eingeprägt werden. Die Fürsorge für Trinker und insbesondere die Errichtung öffentlicher Anstalten zur Unterbringung entmündigter Trinker ist zu fördern. In Wartesälen, behördlichen Wartezimmern und sonstigen öffentlichen Räumen, wo das Publikum zu verweilen pflegt, sind bildliche Darstellungen der schädlichen Folgen des Trunks anzubringen. Desgleichen ist in den Schulen auf dieselben hinzuweisen.

Malaria-Gesetz in Italien.

Das von der Kammer angenommene Gesetz zur Bekämpfung der Malaria schreibt zunächst die Aufstellung eines Verzeichnisses der von der Krankheit heimgesuchten Gegenden vor. In diesen wird den Landarbeitern das nöthige Chinin durch die Gemeindebehörden unentgeltlich verabfolgt werden, und zwar auf Kosten der Grundeigenthümer, auf welche die Summe alljährlich vertheilt wird. Den bei öffentlichen Arbeiten beschäftigten Personen wird das Chinin durch den Staat, bzw. durch die Unternehmer geliefert; Unterlassung wird mit Bussen von 100 bis 1000 Lire geahndet. Bei Todesfällen in Folge unterlassener Verabreichung des Chinins kann die Entschädigung wie bei Arbeiterunfällen gefordert werden. Von Juni bis Dezember müssen in den Malariagegenden die Behausungen der Zollwächter und des Landstrassen-, Eisenbahn- und Bonifizirungspersonals durch metallene Netze gegen das Eindringen der Stechmücken geschützt werden. Für Einrichtung der gleichen Schutzvorrichtung seitens der Grundeigenthümer zum Besten der Arbeiter und Bauern werden Belohnungen bis zu 1000 Lire ertheilt. Die Eigenthümer werden verpflichtet, wo es angänglich ist, den Abfluss stehender Gewässer und Sümpfe zu befördern. (Voss. Ztg.)

Erhält ein durch Unfall Einäugiger eine höhere Rente, wenn er unabhängig vom Unfall das andere Auge verliert?

Ueber diese Frage, deren grosse praktische Bedeutung sofort einleuchtet, verbreitet sich Geheimrath Weymann, Mitglied des Reichsversicherungsamts, in der letzten Nummer der „Arbeiterversorgung". Wir wollen gleich vorausschicken, dass er die Frage bejaht.

Er setzt folgenden Fall: Ein Hochofenarbeiter verliert durch spritzendes Metall ein Auge. Er erhält eine 30 prozentige Rente. Nach Jahren erblindet das andere, vorher ganz gesunde Auge, etwa durch Netzhautablösung. Jetzt ist er also völlig blind. Mit ihm zusammen haben durch gleichartige Unfälle zwei andere Arbeiter je ein Auge eingebüsst. Der eine hatte sein anderes Auge schon früher verloren, er wurde durch den Unfall blind und bekam Vollrente. Der andere hatte auf dem unverletzten Auge nur ein Viertel der normalen Sehschärfe, er erhielt 60 Prozent.

Warum sind diese Drei verschieden entschädigt? Doch nur weil das von dem Unfall nicht betroffene Auge sich bei beiden verschieden verhielt. Bei der ersten Rentenfestsetzung ist also der Zustand dieses Auges mit massgeblich.

Nun lautet § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes: „Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung massgeblich gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung erfolgen."

Da also zu den bei der ersten Feststellung massgeblichen Verhältnissen auch der Zustand des andern, unverletzten Auges gehört, so genügt die Veränderung dieses Zustandes selbstverständlich, um eine anderweitige Feststellung der Rente zu fordern. Was zu beweisen war.

Ganz allgemein gesagt: Wenn das Eine gilt, dass bei der Bewerthung der Unfallfolgen von vornherein die anderweitige körperliche oder seelische Verfassung des Verletzten in Rechnung gezogen wird, so gilt auch das andere: dass eine vom Unfall unabhängige Veränderung des Gesundheitszustandes zu Veränderungen der Rente führen kann.

Der strengen Logik entspricht freilich weder das Eine noch das Andere. Aber der Gesetzgeber hat lediglich die wirthschaftliche Lage der Arbeiter im Auge gehabt: Unfallfolgen sind nicht die Einwirkungen, die bestimmte krankhafte Veränderungen auf einen Normalmenschen ausüben würden — so würde man nach der reinen Logik annehmen — sondern in dem Begriffe Unfallfolge ist alles zusammengefasst, was der Verletzte dadurch verliert, dass seine mit gewissen körperlichen und geistigen Vorzügen und Mängeln ausgestattete Persönlichkeit vom Unfall betroffen worden ist. Das ist der Grundzug der ganzen gegenwärtig üblichen Unfallbewerthung, er ist auch auf § 88 anzuwenden. Wird doch unter diesem Gesichtspunkt auch bei gleichbleibendem pathologischem Bestande Arbeitsgewöhnung als „Veränderung der Verhältnisse" betrachtet.

Nur ein wichtiger Einwand kann gegen die Gewährung der Vollrente an den durch Unfall Einäugigen, später unabhängig davon Erblindeten gemacht werden: Wer ein Auge durch Krankheit, das andere durch Unfall verliert, dessen Rente wird nach dem Verdienst berechnet, das er als Einäugiger hatte. Wer aber durch Unfall einäugig ist und später erblindet, soll die Vollrente für eine Einnahme erhalten, die er vor dem Unfall gehabt hat? Ist das nicht ungerecht? — Weymann giebt das zu, aber es beweist keine falsche Auslegung des § 88, sondern nur eine Unzulänglichkeit der allgemeinen Berechnungsvorschriften, wie solche das Gesetz auch sonst enthält.

Der Einwurf dagegen, dass man bei Anerkennung von W's Prinzip ebensogut einem durch Unfall Einäugigen eine höhere Rente geben müsste, wenn er ohne Unfall z. B. einen Fuss verliert, ist hinfällig. Denn, um wieder von demselben Ausgangspunkt wie vorhin auszugehen, die Erwerbsfähigkeit dessen, der nur einen Fuss hat, wird durch den Verlust eines Auges gewöhnlich nicht mehr verändert als die des Normalmenschen mit zwei Füssen. Der Verlust des Fusses fällt daher nicht unter § 88.

Zum Schluss giebt W. seinen Ausführungen noch eine sehr bemerkenswerte Wendung. Es sagt: Heutzutage nimmt die Rente für den Verlust eines Auges eine völlige Ausnahmestellung ein. Gewöhnlich beträgt sie 25—33$^{1}/_{3}$ Prozent, obwohl die meisten Menschen mit einem Auge so gut arbeiten können wie mit zweien, sie ist einfach eine Sicherungsrente gegen die durch Veränderung am andern Auge drohenden Gefahren. Jedes Bedürfnis nach einer Versicherungsrente fällt aber weg, wenn die Möglichkeit besteht, allen nachträglichen Veränderungen des Sehvermögens durch individuell angepasste Renten zu begegnen.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Die Versammlung findet vom 22. bis 28. September statt. Sie soll in doppelter Hinsicht ein wesentlich anderes Gepräge tragen als die letzten Naturforscher-Versammlungen. Einmal soll der immer weitergehenden Gruppenzersplitterung Einhalt gethan werden. Verschmolzen ist daher die Physiologie mit Anatomie, Histologie und Embryologie, die Balneologie und Hydrotherapie mit innerer Medizin und Arzneimittellehre, die Ohren-, Hals- und Nasenkrankheitskunde, die Hygiene, Bakteriologie und Tropenhygiene — von vornherein war letztere eine wunderliche Abtrennung —, und auch von der Errichtung eigner Abtheilungen für Geographie und Geschichte der Medizin, sowie für Unfallheilkunde ist Abstand genommen.

Letzteres ist für alle diejenigen Aerzte, die auf dem Gebiete der Sachverständigenthätigkeit eine nicht blos einseitige Bethätigung gewöhnt sind, besonders für die Medizinalbeamten, ein entschieden erfreulicher Entschluss. Wir haben die Abtrennung der Unfallheilkunde nie für einen glücklichen Einfall gehalten. Gewiss — eine stattliche Reihe von Vorträgen wurde in dieser Abtheilung gehalten, während die gerichtlich-medizinische im letzten Jahre quantitativ kläglich dastand. Aber die Zusammensetzung des reichen Programms rechtfertigte die Abtrennung ganz und gar nicht. Da wurden zunächst eine Reihe interessanter Verletzungs-Fälle gezeigt oder erzählt, die den Unfallgutachter nicht mehr und nicht weniger angingen als jeden anderen Arzt, insbesondere als jeden Chirurgen, die also willkürlich aus der Abtheilung für Chirurgie herausgenommen waren. Wiederum bot die Sektion keineswegs eine Centralstelle für die gesammte Unfall-Therapie. Denn die meisten hierher gehörigen Fragen wurden doch im Zusammenhang mit andern chirurgischen Fragen in der chirurgischen Abtheilung behandelt. Das wichtigste, das am meisten spezifisch „Versicherungsmedizinische“ in der Abtheilung für Unfallwesen waren also in erster Reihe doch nur die Fragen der Aerztlichen Sachverständigenthätigkeit bei Unfällen, also grade diejenigen, die zum Bereiche der gerichtlichen Medizin, selbst wenn man es enger fasst als richtig ist, in engster Beziehung stehen. Nun, um über Themata, wie „Unfall und Epilepsie“ oder „Ueber die Mitwirkung der Aerzte auf dem Gebiete des Invalidenversicherungsgesetzes“ oder „Mitwirkung der Aerzte bei Abschätzung des Unfallschadens“ zu diskutiren, brauchen die Unfallspezialisten wahrhaftig nicht unter sich zu sein, die Anwesenheit auch anderweitig versirter Sachverständiger kann da nur nützen. Hoffen wir also, dass die Trennung endg aufgegeben ist.

Die zweite vorgesehene Neuerung betrifft die Einfühı von Gesammtsitzungen, in denen über Fragen von al mein-medizinisch-naturwissenschaftlichem Interesse referirt verhandelt werden soll. Für dieses Jahr ist als Thema moderne Entwickelung der Atomistik angesetzt.

Die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte

wird am Montag, den 22. und Dienstag, den 23. Ap in Berlin tagen und zwar im Hörsaale des neuen Gebäu der Psychiatrischen und Nervenklinik (Charité). Die er Sitzung beginnt am 22. April, Vormittags 9 Uhr, die zwe Nachmittags 1 Uhr, die dritte am 23. April, Vormittags 9 U

Tagesordnung:

I. Begrüssung der Versammlung und geschäftliche Mitt lungen.

II. Referate:

1. Ueber den jetzigen Stand der familialen Pflege Geistes kranker. Referent: Herr Geh. Rath Prof. Dr. M (Berlin-Lichtenberg).
2. Ueber den heutigen Stand der pathologischen Anatom der sogenannten funktionellen Psychosen. Referent: He Privatdozent Dr. Heilbronner (Halle a. S.).

III. Vorträge:

1. Herr Prof. Dr. Siemerling (Tübingen): Zur patholo schen Anatomie der progressiven Paralyse.
2. Herr Privatdozent Dr. E. Meyer (Tübingen): Zur Kl der Puerperalpsychosen.
3. Herr Oberarzt Dr. Näcke (Hubertusburg): Ueber Degenerationszeichen der wichtigsten inneren Or bei Paralytikern und Geistesgesunden.
4. Herr Dr. O. Vogt (Berlin): Hirnanatomische Mittheilu
5. Herr Privatdozent Dr. Bonhoeffer (Breslau): Bemer kungen zur Pathogenese des Delirium tremens.
6. Herr Dr. Kaplan (Berlin-Lichtenberg): Methoden z Färbung des Nervensystems.
7. Herr Geh. Hofrath Prof. Dr. Baelz (Tokio): Besessenh und religiöse Ekstase nach Beobachtungen in Japan.
8. Herr Prof. Dr. Hoche (Strassburg): Zur Aetiologie des Myxödems.
9. Herr Prof. Dr. Sommer (Giessen): Ergebnisse der drei dimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten.
10. Herr Med.-Rath Prof. Dr. Wernicke (Breslau): Ueber die Aufgaben des psychiatrischen Unterrichts.
11. Herr Dr. Max Edel (Charlottenburg): Ueber Unfall psychosen (mit Krankenvorstellungen).
12. Herr Dr. Henneberg (Berlin): Ueber Spiritismus und Geisteskrankheiten.
13. Herr Direktor Dr. Hebold und Herr Dr. Bratz (Wuhlgarten): Die Rolle der Autointoxikation in der Epilepsie.
14. Herr Dr. Storch (Breslau): Ueber die Rindenveränderungen in einigen Fällen atypischer Paralyse Lissauers.
15. Herr Direktor Dr. Brosius (Sayn): Ueber Irren-Hilfs-Vereine.
16. Herr Dr. Seiffer (Berlin): Ueber die spinale Sensibilitätsvertheilung.
17. Herr Dr. Warda (Blankenburg i. Th.): Ueber die sog. psychischen Zwangszustände.
18. Herr Prof. Dr. Pick (Prag): Demonstration.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes Postamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W. Kurfürstenstr. No. 6. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 9. | Ausgegeben am 1. Mai.

Inhalt:

Zur Entstehung des Selbstmords.*)

Von
Dr. M. Sander-Frankfurt a. M.,
Assistenz-Arzt an der städtischen Irrenanstalt.

Dass der grösste Theil aller Selbstmörder als geisteskrank zu bezeichnen ist, hat trotz seiner grossen sozialen Bedeutung noch recht wenig allgemeine Verbreitung gefunden. Esquirol meinte sogar, dass alle Selbstmörder geisteskrank seien, dass der Selbstmord überhaupt nur als eine besondere Form des Irreseins aufzufassen wäre. Dem widerspricht schon die Thatsache, dass von Selbstmördern, welche noch im letzten Augenblick gerettet wurden, nur 30 % deutliche Zeichen von Geistesstörung darboten. Wenn auch die Zahl der wirklich geisteskranken Selbstmörder weit höher anzunehmen ist, so scheint es mir doch durchaus einwandsfrei, dass jemand im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte Selbstmord begehen kann. Man braucht nur an die noch so seltenen Fälle zu denken, wo jemand lange Jahre hindurch oft in der scharfsinnigsten Weise andere betrügt und hintergeht, dann bei Entdeckung der Strafe durch Selbstmord sich entzieht. Hier wird man nicht ohne weiteres an Geistesstörung denken, ebenso wenig wie in den Fällen, wo der Selbstmord unter der Gewissheit einer unheilbaren schweren Krankheit, besonders auch von Aerzten, begangen wird. Denen gegenüber stehen jedoch zahlreiche andere Fälle, bei denen zweifellos Geistesstörung vorhanden war oder bei denen ein so auffallendes Missverhältniss zwischen der Geringfügigkeit der äusseren Veranlassung und der Schwere der That besteht, dass schon deshalb der Gedanke an eine abnorme Gemüthsverfassung sich aufdrängt. Eine so heftige Reaktion, wie der Selbstmord, auf verhältnissmässig geringe Einwirkung hin, lässt immer vermuthen, dass hier eine bereits bestehende oder in der Entwicklung begriffene Geistesstörung im Spiele ist. Wir sind gewohnt, bei jedem Selbstmord nach einem äusseren Anlass zu suchen und in diesem, mag er auch noch so geringfügig sein, die Ursache der That zu sehen, den krankhaften Geisteszustand dagegen, die eigentliche Ursache der abnormen Reaktion, berücksichtigen wir nur selten. Sehr beweisend für die nahen Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Selbstmord ist die Statistik. Darnach fällt das Maximum der männliche

*) Nach einem im ärztlichen Verein zu Frankfurt a. M. am 15. April 1901 gehaltenen Vortrage.

Selbstmorde zwischen das 30.—45., das der weiblichen zwischen das 15.—30. Lebensjahr, die gleichen Jahre, die auch für das Maximum der Psychosen bei beiden Geschlechtern in Anspruch genommen werden. Beim Manne tritt die Zeit der höchsten Kraftentfaltung im Kampf ums Dasein und damit die Summation der zur Geisteskrankheit führenden Schädigungen erst weit später ein, als beim Weibe, bei der mehr die Schädigungen des Fortpflanzungsgeschäftes, die schon in einer früheren Zeit einsetzen, überwiegen. Auch das Verhältniss in der Zahl der Selbstmorde ist bei beiden Geschlechtern fast dasselbe wie bei den Geisteskrankheiten, $^1/_3$ fällt auf das weibliche, $^2/_3$ auf das männliche Geschlecht.

Viel zu denken giebt auch die Thatsache, dass sich nach einer Statistik von Heller*) von den durch Selbstmord endenden Frauen 10 % im Zustand der Schwangerschaft und 36 % im Zustand der Menstruation befanden.

Derselbe Autor, der diese Thatsache an 300 Fällen von Selbstmord konstatiren konnte, berichtet noch von einer anderen, höchst werthvollen Beobachtung. Er fand in 24,3 % seiner Fälle die Zeichen einer akuten fieberhaften Erkrankung, darunter 12 Fälle akuter Miliartuberkulose, 7 mal Abdominaltyphus, 9 mal Lungenentzündung, 2 mal frische Herzklappenentzündung, 12 mal akute und abscedirende Mandelentzündung, 31 mal frische Milzschwellung. Die letzteren Fälle rechnet er zum Theil zur Influenza, da sie meist mit starker Hyperaemie und Sekretvermehrung des ganzen Bronchialbaumes verbunden waren. Es unterliegt keinem Zweifel, dass es sich in allen diesen Fällen von Selbstmord im Beginn einer akuten Infektionskrankheit um plötzliche Geistesstörung handelt, wozu ja namentlich Influenza, Abdominaltyphus sowie die akute Mandelentzündung in hohem Grade disponiren. In einzelnen Fällen ist es das eigenthümlich neurasthenisch-hypochondrische Stadium, das schweren Infektionen zuweilen vorauszugehen pflegt, welches zum Sebstmord führt, in den meisten Fällen sind es jedoch schwere Verwirrtheitszustände mit ängstlichen Halluzinationen, sogenannte Initialdelirien. Da es sich hier um Psychosen handelt, die ganz plötzlich ohne Vorläufer ausbrechen, so werden dieselben von der Umgebung nicht rechtzeitig erkannt, die Kranken irren oft längere Zeit umher und gehen schliesslich durch Selbstmord zu Grunde. Kommen solche Kranke in die Irrenanstalt, so tritt meist nach einigen Tagen das psychische Krankheitsbild zurück und nun kommt die eigentliche zu Grunde liegende Infektionskrankheit deutlich zum Vorschein. Doch giebt es auch derartige infektiöse Erkrankungen, die während ihres ganzen Verlaufes als schwere Psychosen imponiren, hier handelt es sich, wie ich an einigen zur Sektion gekommenen Fällen nachweisen konnte, meist um schwere durch die Infektion direkt hervorgerufene entzündliche Prozesse im Gehirn. Auch andere akute Geistesstörungen führen leicht zum Selbsmord, besonders die akuten Verwirrtheitszustände auf erschöpfender Basis, die sogenannten Erschöpfungspsychosen. Hierzu gehören namentlich die Selbstmorde bei Frauen nach schwerer Geburt oder in der Laktation, sowie im Verlauf erschöpfender konstitutioneller Erkrankungen. Auch im Beginn hebephrenischer oder katatonischer Erregungszustände kommt es zuweilen zum Selbstmord.

Weit mehr, als diese akuten Psychosen, disponiren zum Selbstmord einzelne chronische Geistesstörungen, in erster Linie die Melancholie, die Selbstmordpsychose κατ' ἐξοχήν. Wenn wir schon vorher die Ansicht Esquirols, den Selbstmord als eine besondere Form des Irreseins aufzufassen, zurückweisen mussten, so unterliegt es doch keinem Zweifel, da[ss] es gewisse Formen der Melancholie giebt mit grosser Neig[ung] zum Selbstmord, die sich in der gleichen Form auf die Na[ch]kommenschaft überträgt. So kommt es vor, dass ganze F[a]milien durch Selbstmord aussterben und zwar oft in der Wei[se] dass fast alle Nachkommen eines Selbstmörders ungefähr [in] der gleichen Lebenszeit wieder an Selbstmord endigen. E[s] handelt es sich um periodische Melancholien mit grosser Selb[st]mordneigung, die in der gleichen Lebensperiode einsetzen [und] daher bei allen fast zu derselben Zeit zum Selbstmord führ[en]. Auch das melancholische Stadium der zirkulären Geistesstörung, des manisch-depressiven Irreseins, wie [es] neuerdings genannt wird, führt oft zum Selbstmord. Oft ist d[ie] Tendenz hierfür so ausgesprochen, dass man solchen Kran[ken] mit Sicherheit voraussagen kann, dass sie früher oder spä[ter] in einem ihrer melancholischen Zustände durch Selbstmo[rd] endigen werden. Auch die Melancholie des Rückbildungsalters führt oft zum Selbstmord. Nahezu alle Selbstmorde bei alt[en] Leuten sind durch solche Melancholieen veranlasst, die oft i[m] Anschluss an geringfügige äussere Veranlassungen, Vermögens[-]verlust, Familienkummer, schleichend aus dem Normalen hera[us] sich entwickeln, daher von der Umgebung nicht rechtzei[tig] erkannt werden. Selbst die über Jahre sich erstreckenden chr[o]nischen Melancholieen, die bereits zu einer geistigen Schwäc[he] geführt haben, sind noch immer in hohem Grade selbstmor[d]gefährlich. Jeder Irrenarzt kennt solche Fälle, die schliessl[ich] trotz aller Vorsicht noch durch Selbstmord endigen. Charakteristisch ist für alle melancholischen Zustände die Art d[es] Selbstmordes. Wo der Selbstmord in äusserst blutiger Wei[se] ausgeführt wird, durch vielfache Schnitte in den Hals, L[...] oder Pulsadern, wo mehrere Todesarten nach einander v[er]sucht werden, handelt es sich fast immer um Melancholi[e]. Es sind Fälle bekannt, wo melancholische Selbstmörder s[ich] den Hals bis auf die Wirbelsäule durchschnitten, also [eine] förmliche Dekapitation an sich vornahmen, wo sie sich den [...] kopf herauspräparirten, den Penis abschnitten, 20—30 Sch[nitte] hinter einander beibrachten. Selbst alle Vorsicht der An[ge]hörigen kann oft den Melancholischen vor Selbstmord nic[ht] bewahren, sogar in der Irrenanstalt ist es oft recht schwer den Selbstmord bei solchen Kranken zu verhüten. Mit grösstem Raffinement wissen sie immer wieder die Vorsicht des Personals zu täuschen und schliesslich doch noch ihren Zweck auszuführen. Dass derartige Kranke sich an ihren eigenen Haaren erdrosseln, sich mit den Fingern die Augen ausbohren u. dgl. ist garnicht so selten. Am gefährlichsten sind namentlich die agitirten Melancholieen, die man zuweilen nur durch vorübergehende mechanische Beschränkung vor dem Selbstmord bewahren kann.

Auch bei den paranoischen Zuständen, der eigentlichen Verrücktheit, kommt es zuweilen zum Selbstmord. Der von Grössenideen beherrschte Paranoiker wird allerdings kaum Selbstmord begehen, wohl aber der an Verfolgungswahn Leidende. Um den vermeintlichen Verfolgungen und Nachstellungen seiner Feinde zu entgehen, verübt der Paranoiker nicht selten in der Verzweiflung Selbstmord.

Im Anfangsstadium der progressiven Paralyse, dem neurasthenisch-hypochondrischen Vorstadium kommt es, namentlich bei den gebildeten Ständen, ebenfalls nicht selten zum Selbstmord. Jedem Psychiater ist bekannt, dass auch noch bei bereits weit vorgeschrittener Demenz, sowohl im Verlauf der Paralyse, wie der senilen Demenz, Selbstmord begangen werden kann. Bei solchen Kranken bildet sich mitunter geradezu eine Selbstmordmanie aus, 20—30 mal am Tage versuchen sie unter den Augen des Personals sich zu erdrosseln oder an der Bettkante aufzuhängen, suchen auf

*) Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen. Münch. Mediz. Wochenschrift No. 48, 1900.

ede Weise eines scharfen Gegenstandes, Scheere, Messer oder Gabel, habhaft zu werden und bringen sich damit, häufig unter der Bettdecke, in ganz sinnloser Weise einzelne Stiche oder Schnitte bei. Bei der Demenz dieser Patienten handelt es sich ja meist um ungefährliche Verletzungen, doch kann es auch einem solchen Kranken gelegentlich gelingen, sich zu tödten, namentlich bei den Erhängungsversuchen, da ja bekanntlich schon eine leichte Kompression der Halsorgane reflektorisch Herzstillstand herbeiführen kann.

Schon lange bekannt sind die Beziehungen des Alkoholismus zum Selbstmord. Heller zählt unter seinen 300 Fällen 47,6 Prozent Alkoholisten, eine Zahl, die sicher nicht zu hoch gegriffen ist. Schon im gewöhnlichen Rauschzustand kann es auf Grund von plötzlichen Affekten, die hemmungslos ablaufen, zum Selbstmord kommen. Der im Volksmund als „graues Elend" bezeichnete Zustand, eine eigenthümlich verzweiflungsvolle Stimmung im Verlauf der akuten Alkoholvergiftung, führt ebenfalls zuweilen zum Selbstmord. Nicht allzu selten ist der Selbstmord im Beginn des Delirium tremens. Während dasselbe in der Regel von einer mehr heiteren, humoristischen Stimmung begleitet ist, treten im Beginn desselben mitunter kurz vorübergehende heftige Angstzustände auf, die zur Selbstvernichtung führen. Eine beträchtliche Zahl von Deliranten hängen sich im Beginn ihres Deliriums auf. Auch die schweren halluzinatorischen Zustände im Verlauf des chronischen Alkoholismus, die alkoholistische Halluzinose, führt oft zum Selbstmord. Um den beständigen Beschimpfungen und Zuflüsterungen ihrer Stimmen zu entgehen, begehen solche Alkoholisten verzweifelnd Selbstmord.

Auch die angeborenen geistigen Schwächezustände, Idiotie, Imbecillität, disponiren zum Selbstmord. Bei der ausserordentlichen Reizbarkeit dieser psychisch Minderwerthigen lösen oft die geringfügigsten Ursachen heftige Affekte aus, die zur Selbstvernichtung führen. Auch von Epileptikern kann sowohl im pathologischen Affekt, wie im epileptoiden Dämmerzustand Selbstmord begangen werden.

Bekannt ist die grosse Selbstmordneigung der Neurastheniker. Von praktischer Wichtigkeit ist namentlich die sogenannte Syphilidophobie, Kranke die in Folge vermeintlicher oder wirklicher Syphilis von Arzt zu Arzt wandern und schliesslich in der Verzweiflung Selbstmord verüben.

Vielfache Beziehungen zum Selbstmord hat die Hysterie. Die grosse Neigung der Hysterischen zu pathologischen Affekten, zu heftigen Wuth- und Zornausbrüchen, zu gemüthlichen Verstimmungen, führt natürlich zuweilen zum Selbstmord. Wer als Arzt die Drohung einer Hysterischen mit Selbstmord nicht ernst nehmen wollte, wird oft zu seinem Nachtheil zu spät erfahren, dass er sich getäuscht hat. Sehr oft führen allerdings Hysterische ihre Selbstmorddrohungen nicht aus oder ersetzen sie durch höchst unbeholfene und lächerliche Versuche in dieser Richtung, die auf den ersten Blick erkennen lassen, dass sie ihre Umgebung nur einschüchtern wollten. Oft aber führen sie ihre Drohungen schliesslich doch aus und gehen im Suicid zu Grunde, wobei ihnen der Umstand zu Hilfe kommt, dass gewisse Selbstmordarten, wenn sie überhaupt erst eingeleitet sind, oft auch sozusagen gegen den Willen des Betreffenden zum Tode führen. Dies gilt namentlich vom Erhängungsversuch sowie von gewissen Vergiftungen, namentlich mit Laugen und ätzenden Säuren. Man gewinnt häufig an der ganzen Inszenesetzung des Suicidversuches den Eindruck, als ob es derartigen Kranken garnicht darum zu thun gewesen wäre, wirklich dabei zu sterben, das angewandte Mittel war aber für sie doch zu gefährlich, sie hatten die volle Wirkung desselben nicht übersehen können.

Noch häufiger ist es der Nachahmungstrieb, begünstigt durch die hochgradige Suggestibilität und Autosuggestibilität, welcher bei dem Selbstmord der Hysterischen eine Rolle spielt. Es ist ja bekannt, dass in der Oeffentlichkeit besonders hervortretende und viel besprochene Selbstmorde, zumal wenn sie noch in der Presse verherrlicht werden, nicht selten Hysterische zu gleichem Selbstmord veranlassen. Hierzu gehören auch die in der Geschichte wohlbekannten Epidemieen von Selbstmord, von den zahlreichen Klosterepidemien des Mittelalters bis zu dem noch heute vorkommenden Massenselbstmord einzelner Sekten. Erst kürzlich ist wieder ein derartiger Fall von dem russischen Psychiater Sikorski beschrieben worden, wo 25 Bewohner eines Gehöftes gleichzeitig Selbstmord verübten. Es ist eine psychologisch hochinteressante Thatsache, wie auf einem durch schwere psychische und körperliche Einflüsse vorbereiteten Boden, durch andauernde Askese, Nahrungsmangel, sexuelle Abstinenz, schliesslich der Einfluss einer einzelnen pathologischen Person zahlreiche andere zum Selbstmord treibt. Von Bedeutung ist hierbei entschieden auch der Volkscharakter, es ist erwiesen, dass die Neigung zur Melancholie sowohl wie zum Selbstmord bei ganzen Völkerschaften wie bei einzelnen Gruppen stärker ausgeprägt ist, ja dass sogar die Bevorzugung der einzelnen Selbstmordarten regionäre Unterschiede aufweist.

Auch der Selbstmord bei Kindern gehört in das Gebiet der Hysterie. Hier handelt es sich meist um pathologische Affektzustände auf hysterischer Grundlage. Schlechte Censuren, nicht bestandenes Examen, dazu Vorwürfe von Seiten der Eltern, Furcht vor Strafe, können derartig veranlagte Kinder zum Selbstmord führen, zumal wenn durch vorausgegangene geistige Ueberanstrengung erschöpfende Einflüsse hinzutreten. In einzelnen dieser Fälle von kindlichem Selbstmord spielt offenbar auch der Nachahmungstrieb eine grosse Rolle. Interessant ist, dass der jüngste derartige Selbstmord im Alter von 5 Jahren vorgekommen ist.

Von grosser Bedeutung scheint mir ferner für die Entstehung des pathologischen Selbstmords der hysterische Dämmerzustand. Einmalige erschütternde Vorfälle, Tod von Angehörigen, Untreue der Geliebten, schweres Heimweh, können auch bei scheinbar ganz gesunden Individuen derartige Dämmerzustände auslösen, die in hohem Grade zum Selbstmord disponiren. Es handelt sich hierbei um kurz vorübergehende, nur auf Stunden oder höchstens Tage sich erstreckende geistige Störungen, die sich durch die Art ihres Verlaufes, durch den plötzlichen Beginn und plötzlichen Schluss, die völlige Unorientirtheit über Ort, Zeit und Umgebung, durch die nachfolgende Amnesie, durch die während der Psychose zuweilen auftretenden Sensibilitätsstörungen als hysterische Zustände dokumentiren. Die Art der auftretenden Halluzinationen, die vorwiegend ängstlichen Charakters sind und sich meist mit dem Gegenstand beschäftigen, der den Ausbruch der Psychose verursacht hatte, die auffallende Verwebung der realen Empfindungen in die halluzinatorischen Erlebnisse bedingen die grosse Selbstmordgefahr, die während dieser Zustände herrscht.

Es handelt sich hier offenbar um krankhafte Zustände, die garnicht so selten auf Grund äusserer Anlässe auftreten, die aber in Folge ihres schnellen Verlaufes und ihrer zahlreichen Uebergänge zu physiologischen Affektzuständen in ihrer krankhaften Natur meist nicht erkannt werden. Es unterliegt keinem Zweifel, dass ein Theil der Selbstmorde, namentlich bei jugendlichen, weiblichen Individuen der dienenden Klasse, bei Dienstmädchen, Ladnerinnen u. dgl. in derartigen hysterischen Zuständen geschehen. Einmalige oder wieder-

holte schwere Gemüthsbewegungen in Verbindung mit körperlicher Ueberanstrengung, namentlich Schlafmangel, können ganz plötzlich solche Zustände auslösen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Zeit der Menstruation. Ebenso wie andere akute Geistesstörungen oft mit der Menstruation einsetzen oder während derselben exarcerbiren, ist dieselbe erfahrungsgemäss auch bei diesen vorübergehenden Verwirrtheitszuständen von grosser Bedeutung. Die Zahl der Selbstmorde zur Zeit der Menstruation spricht mit Evidenz dafür, dass diesen Zuständen bei der Entstehung des Selbstmords eine grosse Bedeutung zukommt.

Berücksichtigt man das häufige Vorkommen von Selbstmord im Beginn und Verlauf akuter und chronischer Geistesstörungen, das häufige Vorkommen infektiöser Initialdelirien, der alkoholistischen Geistesstörungen, die zahlreiche Verbreitung der hysterischen Anlage und der hierdurch bedingten hysterischen Zustände, der Hauptfaktoren in der Genese des pathologischen Selbstmordes, so wird man darin übereinstimmen, dass man bei jedem Fall von Selbstmord, dem nicht völlig durchsichtige Motive zu Grunde liegen, an Geistesstörung denken muss. Wenn die Gesellschaft den wirklichen Selbstmord aus ethischen und sozialen Gründen aufs Strengste verurtheilt, wenn die Kirche dem Selbstmörder das kirchliche Begräbniss verweigert, Versicherungen bei Selbstmord ihre Giltigkeit verlieren, so ist sicherlich das Verlangen gerechtfertigt, nur den als Selbstmörder bezeichnen zu lassen. der für seine Handlung auch voll und ganz verantwortlich gemacht werden kann. Sucht man bei jedem einzelnen Fall von Selbstmord die Punkte, die für den pathologischen Geisteszustand sprechen, genau zu eruiren, vergleicht man den Zustand unmittelbar vor der That mit dem früheren Geistesleben, forscht man genau nach den Motiven des Selbstmords, und sucht man namentlich in allen strittigen Fällen eine genaue Obduktion herbeizuführen, so wird es noch bei manchem räthselhaften Fall von Selbstmord gelingen, ihn auf das zurückzuführen, was er in den weitaus meisten Fällen ist, die That eines Geisteskranken.

Damit ist auch der Weg gegeben für die Verhütung des Selbstmords. Nehmen wir den Irrenanstalten das Odium, das ihnen aus früherer Zeit noch immer anhaftet, suchen wir mehr und mehr auch in weitere Kreise die Ansicht zu tragen, dass die Irrenanstalt nichts weiter ist als eine Spezialheilanstalt für besondere Formen von Erkrankung, gegen die Niemand gefeit ist und die Niemanden, wenn sie zur Heilung geführt haben, späterhin in seinem bürgerlichen Beruf schädigen dürfen, betrachten wir als Aerzte die Irrenanstalt nicht als das ultimum refugium, für das der Geisteskranke erst „reif“ werden muss, wie man zuweilen hört, sondern suchen wir die Aufnahme des Geisteskranken in die Anstalt mehr und mehr zu erleichtern und zu beschleunigen, so wird es gelingen, den Selbstmord erheblich einzuschränken, eine Aufgabe, die um so dankenswerther ist, als es sich beim Selbstmord durchaus nicht immer um chronische, unheilbare Geisteskranke handelt, sondern in vielen Fällen um vorübergehende heilbare Störungen. Fast jeder Geisteskranke ist im Beginn und in einzelnen Stadien seiner Erkrankung sich selbst, und natürlich oft auch andern, in hohem Grade gefährlich und nur eine dauernde strenge Ueberwachung, wie sie in den meisten Fällen nur in der Irrenanstalt durchgeführt werden kann, ist im Stande, den Selbstmord zu verhüten. Nicht eine Erschwerung der Aufnahme in die Irrenanstalt, wie sie neuerdings wieder von Wien aus in völliger Verkennung der thatsächlichen Verhältnisse in Scene gesetzt wurde, sondern eine möglichste Erleichterung der Aufnahme, eine Beseitigung der Vorurtheile, wie sie in manchen Kreisen noch immer gegen die Irrenanstalt haften, wird die erschreckend hohe Zal Selbstmorde, die namentlich in den grossen Städten immer in der Zunahme begriffen ist, herabmindern könn

Aus dem städtischen Sanitätslaboratorium z Charkow.

Vergiftungen mit Crème-Torten zu Charkow.

Von
Dr. P. N. Laschtschenkow,
Privatdocent an der Universität, Sanitätsarzt der Stadt Charkow.

Referat, erstattet der 10. Abtheilung der russischen Gesellschaf Wahrung der Volksgesundheit.

In der Praxis des Sanitätsarztes entstehen nicht sel Fragen aus Anlass epidemischer Vergiftungen, die plötz bei einer gewissen Gruppe von Menschen auftreten, die wisse Speisen zu sich genommen haben. Solche Vergiftung befallen entweder einzelne Familien oder eine ganze Rei von Familien, bisweilen erkranken sogar hunderte von Mensche Derartige epidemische Erkrankungen in Folge von Nahrung aufnahme, die zuweilen sehr schweren Verlauf zeigen u sogar manchmal zum Tode führen, unterbrechen plötzlich gewöhnlichen Gang des Lebens in derjenigen Stadt, in das Unglück passirt. Das Interesse des Publikums und Presse wird in hohem Masse wachgerufen, die gesam ärztliche Behörde wird in Bewegung gesetzt. Die Urs des allgemeinen Aufruhrs liegt vor allem darin, dass epidemis Vergiftungen an sich stets etwas räthselhaftes zeigen sonders wenn die Vergiftung durch den Genuss von Esswar hervorgerufen ist, die bei einem seit langer Zeit als gewis haft bekannten Händler gekauft sind, und wenn die Wa selbst, wie das fast bei sämmtlichen derartigen Vorkommn der Fall ist, nach ihren äusseren Abzeichen, ihrem Ge und Geschmack bei den Käufern auch nicht den gering Verdacht erweckt hat.

Die Literatur der Frage von den epidemischen Vergiftungen hat einen bedeutenden Umfang angenommen, namentlich in der letzten Zeit, da auch die Bakteriologen sich an der Untersuchung von Nährmitteln, die eine Vergiftung hervorgerufen haben, und an der Aufklärung des Wesens dieser Vergiftung betheiligen.

Nun möchte ich vor allem mit einigen Worten die Literatur dieser Frage berühren.

Ermengen[1]) hat einen Fall von Vergiftung geschildert, die im Jahre 1895 im Städtchen Ellezelles (Belgien) unter den Mitgliedern eines Musikvereins zum Ausbruch gekommen ist. Es haben sich 34 Personen, die Schinken genossen haben, eine Vergiftung zugezogen. Die Vergiftungserscheinungen waren äusserst schwere: drei Patienten sind gestorben und zehn schwebten in höchster Gefahr. Die Erscheinungen bestanden vor allem in Magenschmerzen, in Erbrechen und hartnäckiger Verstopfung, dann begannen charakteristische Störungen der Sinnesorgane, vor allem des Gesichtes, sich einzustellen: die Pupillen erweiterten sich, es trat Doppelsehen auf, Lidsenken, bisweilen auch Unbeweglichkeit des Augapfels; auch das Gesichtsvermögen nahm in bedeutendem Grade ab. Das Schlucken war erschwert, es trat Gefühl von Zusammengeschnürtsein des Halses auf, die Sprache war erschwert, die Stimme heiser; bisweilen kam es zu vollständiger Stimmlosigkeit; auch war die Harnabsonderung gestört. In den schweren Fällen trat der Tod unter bulbären Erscheinungen, hauptsächlich unter solchen von Herzlähmung bei vollständiger Erhaltung des Bewusstseins ein. Die Genesung ging langsam,

nur allmählich verschwanden die Krankheitserscheinungen, die bei manchen 7 bis 8 Monate angehalten haben.

Viel früher, und zwar im Jahre 1885 hat Professor N. K. v. Anrep[2]) nach der Ursache einer in Charkow durch den Genuss von Störfleisch ausgebrochenen Vergiftung gefahndet. Die Vergiftungserscheinungen waren denen der Ermengen'schen Fälle ähnlich, und der Tod trat 3 bis 6 Stunden nach dem Genuss des Störfleisches ein. Zunächst traten Gefühl von Unwohlsein, Kopfschwindel und Uebelkeit auf, dann folgten Bauchschmerzen und Erbrechen. Das Schlucken war bei Gefühl von Trockenheit in der Mundschleimhaut erschwert; bald kamen Störungen des Gesichtsorgans zum Ausdruck: die Pupillen erweiterten sich, die Lider senkten sich, das Gesichtsvermögen nahm ab. Schliesslich stellte sich Erschwerung der Athmung ein, und unter Lähmungserscheinungen bei vollständiger Erhaltung des Bewusstseins und stetiger Abnahme der Körpertemperatur trat der Tod ein.

Aehnliche Fälle von Fleischvergiftung beobachtete auch David[3]) u. A. Zum Glück kommen so schwere Vergiftungserscheinungen nach Genuss von Nahrungsmitteln, wie die soeben geschilderten verhältnissmässig selten vor. Häufiger hat man bei epidemischen Vergiftungen ein bedeutend schwächeres Krankheitsbild vor sich. Ich möchte einige Fälle von Fleisch- und Wurstvergiftung anführen. Wessenberg[4]) beobachtete eine Vergiftung von 63 Personen nach Genuss von Fleisch. Die Krankheit äusserte sich durch Bauchschmerzen, Erbrechen und Diarrhoe. Sämmtliche Vergifteten genasen. — Nilsen[5]) beschrieb eine ähnliche Vergiftung, die 80 Personen betraf. — Sesorius[6]) berichtet über eine Fleischvergiftung von 42 Familien. Hier waren die Vergiftungserscheinungen nicht auf solche von Seiten des Verdauungstraktus beschränkt: die Vergifteten litten längere Zeit an stark ausgesprochener allgemeiner Schwäche; ein Patient starb. Hermann[7]) berichtet über eine in Berlin vorgekommene Fleischvergiftung von 86 Personen; auch hier traten Erscheinungen von Affektionen des Magendarmkanals in den Vordergrund; die Genesung ging langsam vor sich, und manche Patienten erholten sich erst nach Ablauf von einem halben Jahre. Bratanius[8]) berichtet über Fleischvergiftungen, die in Schönau und dessen Umgebung vorgekommen sind; es erkrankten 68 Personen, von denen 4 starben. Die Krankheitserscheinungen waren äusserst schwere: Erbrechen, Diarrhoe und dann hochgradige allgemeine Schwäche; bei manchen Patienten bestand Schwellung der Gelenke und Lider bei allgemeinem typhösen Habitus. Fälle von Fleischvergiftung sind schliesslich von Krüger[9]), Glückmann[10]), Flinzer[11]), Stewarts[12]), Poels[13]) u. A. beobachtet worden.

Was Fälle von Wurstvergiftung betrifft, so sind auch solche in grosser Anzahl zur Veröffentlichung gelangt. So beobachtete Reiss[14]) einen Fall von Wurstvergiftung bei einer aus sieben Personen bestehenden Familie. Einer der Erkrankten starb. Die Vergiftungserscheinungen waren sehr schwere und äusserten sich zum Theil in Störungen der Sinnesorgane und des Allgemeinbefindens. Gaffky[15]) berichtet in seinem Aufsatze über Wurstvergiftung über eine solche von 80 Personen. Die Vergiftungserscheinungen stellten sich sechs Stunden nach dem Genuss der Wurst ein und äusserten sich durch Uebelkeit, Erbrechen und Schmerzen in der Magengrube; der Allgemeinzustand war bei einer Temperatur bis 40,0 ein äusserst schwerer; einer der Vergifteten starb. — Silberschmidt[16]) berichtet über einen Fall von Vergiftung von 75 Personen durch Wurstgenuss, von denen einer starb. Die Krankheitserscheinungen erinnerten an diejenigen der Gaffkyschen Fälle: auch hier verlief die Krankheit unter allgemeinem typhösen Habitus mit hoher Temperatur; die Genesung ging langsam von statten. Manche Patienten blieben ca. 14 Tage zu Bett. Aus der Arbeit von Kaensche[17]) über die in Breslau vorgekommene Vergiftung durch Wurstgenuss ist zu ersehen, dass in diesem Falle ausser Störungen der Verdauungswege auch Krankheitserscheinungen von Seiten des Allgemeinbefindens bestanden; die Genesung ging langsam von statten. Von den 80 Erkrankten starb jedoch keiner.

Ich glaube, mich auf die obige kurze Uebersicht der Literatur beschränken zu können und nur hinzufügen zu müssen, dass auf diesem Gebiete noch Schroeder, Gärtner,[18]) Karlinsky,[19]) Roth,[20]) Ehrenberg,[21]) Jeserich[22]) u. A. gearbeitet haben.

Schliesslich weist die Literatur eine Anzahl von Berichten über Vergiftungen durch Genuss von verschiedenen Konserven Käse, Austern (Liégois u. A.), Seemuscheln (Wolf, Pormerau), Pilzen etc. auf.

Die Symptome, welche bei Vergiftungen durch den Genuss von verschiedenen Nährmitteln auftreten, sind sehr verschiedenartig. Nichtsdestoweniger kann man diese Vergiftungen, dem Charakter und dem Wesen der Vergiftungserscheinungen entsprechend, in zwei Gruppen eintheilen. Zu der ersten Gruppe kann man diejenigen Fälle rechnen, in denen die Krankheit äusserst schwer verläuft und ein bedeutender Prozentsatz der Erkrankten stirbt, so z. B. die Fälle von Ermengen und von v. Anrep (siehe oben); diesen schweren Erscheinungen wird eine besondere Bezeichnung beigelegt: Botulismus oder Ichthyosismus. Zu der zweiten Gruppe von Vergiftungen gehören diejenigen Fälle, in denen die Vergiftungserscheinungen sich hauptsächlich durch Störungen von Seiten des Verdauungstraktus (Erbrechen, Diarrhoe) äussern, und in denen sämmtliche Krankheitserscheinungen entweder auf solche von Seiten des Darmtraktus beschränkt bleiben oder durch Störungen des Allgemeinbefindens komplizirt sind. Diese Eintheilung der Vergiftungen in zwei Gruppen, die nur auf den äusseren Eigenschaften der Krankheit beruht, ist selbstverständlich keine vollkommene, und es giebt Vergiftungen, die an die Grenze zwischen beiden Gruppen gestellt werden können. Hierher gehören diejenigen Vergiftungsfälle, in denen die Erkrankung der Verdauungswege von bedeutenden Störungen des Allgemeinzustandes, Temperatursteigerung etc. begleitet werden. Des Näheren können zu der ersten Gruppe von Vergiftungen diejenigen Fälle gezählt werden, in denen, abgesehen von einer Vergiftung mit irgend einem Gift (Ptomaïn, Toxin), noch eine schwere Infektion mit krankheitserregenden Mikroorganismen, d. h. eine Einwanderung der letzteren in die inneren Organe, besteht. Zu der zweiten Gruppe sind diejenigen Fälle von Vergiftung zu rechnen, in denen eine gleichzeitige Infektion nicht vorhanden ist. In der That erbrachte Ermengen den Beweis, dass die Ursache der Vergiftung sämmtlicher Mitglieder eines Musikvereins, die von einem und demselben Schinken gegessen haben, darin lag, dass der betreffende Schinken einen besonderen anaeroben Mikroorganismus enthielt, den Ermengen auch in Reinkultur zu isoliren vermocht hat. Bei Thieren, die mit diesen Kulturen infizirt wurden, kamen dieselben, hauptsächlich die Lähmungserscheinungen, wie bei den vergifteten Personen zur Entwickelung. Derselbe Mikroorganismus fand sich in den Organen der Patienten, die an den Folgen der Vergiftung zu Grunde gegangen sind. Es ist sehr wahrscheinlich, dass in sämmtlichen charakteristischen Fällen von Botulismus, die mit in hohem Masse ähnlichen Krankheitserscheinungen einhergehen, die Krankheitsursache immer derselbe krankheitserregende Mikroorganismus abgiebt.

Fälle von Botulismus sind schon lange bekannt. Jagodinski[23]) hat eine umfangreiche Literatur über diese Frage

zusammengestellt. In der vorbakteriellen Zeit blieben fast sämmtliche Untersuchungen über das Wesen solcher schweren Vergiftungen resultatlos. Wir können jedoch der Arbeit Ermengen's die Untersuchungen v. Anrep's über Vergiftung mit Fischgift gegenüberstellen, bei der charakteristische Symptome des Botulismus vorhanden waren. Aus dem Fisch, der die Vergiftung verursacht hat, wie auch, was in hohem Masse wichtig ist, aus den Organen und dem Harn der Vergifteten gelang es v. Anrep ein besonderes Ptomain zu isoliren. Letzteres rief bei Versuchsthieren Erscheinungen hervor, die denen, die bei den in Folge des Fischgenusses erkrankten Personen aufgetreten sind, ähnlich waren. Es unterlag somit keinem Zweifel, dass das von Prof. v. Anrep aus dem Fisch isolirte Ptomain eben die Ursache der Vergiftung war. Wodurch wird nun aber die Anwesenheit des Ptomains selbst bedingt? v. Anrep sprach in seiner Arbeit die Vermuthung aus, dass die Wirkung des Ptomains im Fischfleische wahrscheinlich durch den Einfluss gewisser krankheitserregender Mikroorganismen bedingt wird; am wahrscheinlichsten dürfte nach seiner Ansicht der Fisch noch zu Lebzeiten sich mit diesem Mikroorganismus infizirt haben. Ermengen spricht gleichfalls von Toxinen, die in dem von ihm untersuchten Schinken vorhanden waren und bei Versuchsthieren dasselbe Krankheitsbild hervorgerufen haben wie die Infektion mit dem oben erwähnten anaeroben Mikroorganismus. Die Arbeiten von v. Anrep und Ermengen dürfte man in Folge dessen als solche betrachten, die sich gegenseitig ergänzen und das Wesen der schweren Vergiftungen, die als Botulismus bezeichnet werden, aufklären. Der Mensch wird in solchen Fällen mit einem besonderen krankheitserregenden Mikroorganismus angesteckt und mit einem besonderen Ptomain vergiftet, einem Stoffwechselprodukt dieses Mikroorganismus. Unter diesen Umständen ist es begreiflich, dass man in den Organen der an der Vergiftung zu Grunde gegangenen Personen sowohl die Mikroorganismen selbst (Ermengen) als auch die Ptomaine (v. Anrep) fand. Leider dürfen wir vorläufig die Schlüsse Ermengen's u. v. Anrep's nicht verallgemeinern: Wir können nicht sagen, dass in sämmtlichen Fällen von Botulismus und Ichthyosismus das Gift eben von dem Bacillus botulinus Ermengen's produzirt wird.

Noch komplizirter und noch unklarer ist die Sache, wenn wir vom ätiologischen Standpunkt aus die zweite Gruppe von Vergiftungen analysiren wollen, zu der ich diejenigen Fälle rechne, in denen bei den Kranken vor allem Störungen von Seiten der Verdauungsorgane (Erbrechen, Diarrhoe) auftreten, wobei sämmtliche Krankheitserscheinungen entweder auf diese beschränkt bleiben oder durch Störungen des subjektiven Befindens und des Allgemeinzustandes komplizirt werden, so dass es bisweilen gleichsam zur Ausbildung eines typhösen Habitus kommt. Leichte Vergiftungen, die von den Vergifteten selbst manchmal übersehen werden, kommen häufiger vor. In der That werden Magenstörungen bisweilen schon durch den Genuss von sauer gewordenem Wein, von untergährigem Bier und selbst von einfacher saurer Milch hervorgerufen. Hier kommt es natürlich zu keiner schweren Erkrankung, und der Grad der Magenstörungen hängt von dem Grade der Widerstandsfähigkeit des betreffenden Patienten ab; immerhin müsste man, um konsequent zu sein, auch diese geringfügige Erkrankung als Vergiftung betrachten. Wollen wir uns nun zu den Vergiftungen mit schwereren Symptomen wenden. Die chemische Untersuchung solcher Vergifteten hat vorläufig keine positive und zweifellose Thatsache ergeben. Sehr häufig, besonders in schweren Fällen, stellt sich die Vergiftung nach dem Genuss eines Nahrungsmittels ein, das durch sein Aussehen und seinen Geschmack bei den Konsumenten auch nicht den geringsten Verdacht hervorruft, dass dasselbe verdorben sein könnte. Andererseits ist die Thatsache allgemein bek[annt], dass der Genuss von notorisch verdorbenen Nahrungsmit[teln] bisweilen ohne schlimme Folgen bleibt: so werden Wildbr[et], verfaulter Käse, angefaulte Früchte etc. vielfach ohne [schäd]lichen Schaden genossen. Und zu gleicher Zeit können, [so] gesagt, allem Anscheine nach frische und unverdorbene N[ah]rungsmittel ein gefährliches Gift in sich enthalten; überha[upt] steht das Verdorbensein eines Nahrungsmittels in dem [uns] interessirenden Sinne mit dessen Fäulniss in gar keinem Z[u]sammenhang.

Die Wissenschaft lehrt, dass nur im Anfangsstadi[um] der Fäulniss eines Nahrungsmittels Bildung von Giften sta[tt]findet; dem widerspricht aber die jahrhundertelange Leben[s]erfahrung, welche lehrt, dass Menschen Lebensmittel zu s[ich] nehmen, die sich in den verschiedensten Stadien der Ze[r]setzung befinden, und trotzdem sich verhältnissmässig sel[ten] vergiften.

Augenscheinlich liegt der ganze Sachverhalt darin, da[ss] dasjenige Nahrungsmittel gefährlich ist, dessen Schlechtwerd[en], mag es der unmittelbaren Wahrnehmung mit Hilfe der Sinne[s]organe auch unmöglich sein, im bakteriologischen Sinne [in] ungewöhnlicher Weise oder mit Betheiligung besonderer kran[k]heitserregenden Mikroorganismen vor sich geht. Dieser Schl[uss] folgt daraus, dass Nahrungsmittel überhaupt nur dann schle[cht] werden, wenn gewisse Mikroorganismen in dieselben e[in]dringen und sich darin entwickeln; Ausnahmen sind sehr s[el]ten. [So werden z. B. Aepfel und andere Früchte auf [der] Durchschnittsfläche schwarz und können schlecht werden, oh[ne], dass irgend welche Mikroorganismen daran Theil nehme[n]. Wir wollen jedoch zur Analyse der zweiten Gruppe von Ve[r]giftungen und zu den Arbeiten der Bakteriologen zurückkehre[n], die das Wesen solcher Fälle aufklären. Untersuchungen [an] Nahrungsmitteln, welche Vergiftungen verursacht haben, [die] von Gärtner, Gaffky, Basenau[24]), Kaensche[25]), We[s]senberg, Günther[26]), Sielkein, Silberschmidt u. A. [aus]geführt worden sind, haben besondere Mikroorganismen [zu] Tage gefördert, und zwar entweder neue Arten oder solche, die zu den bereits bekannten und erforschten Mikrobienarte[n] gehörten. Diese Mikrobien gehörten fast ausschliesslich [zu] den Bazillen und riefen bei manchen Versuchsthieren Erkra[n]kungen der Verdauungswege, bisweilen auch den Tod in Folge allgemeiner Blutvergiftung hervor. Die Thierexperimente, welche positive Resultate ergeben und Krankheitserscheinungen hervorgerufen haben, die den Erscheinungen ähnlich sind, die vergiftete Menschen darbieten, sprechen viel zu Gunsten der Wahrscheinlichkeit der von den Autoren gezogenen Schlüsse. Die Verschiedenartigkeit der isolirten Bakterien (die bisweilen zu der Gruppe der Colibazillen gehören) könnte zwar mit der Verschiedenartigkeit der Krankheitserscheinungen, die durch die Vergiftung hervorgerufen werden, in Zusammenhang ge[bracht] bracht werden; immerhin komplizirt und erschwert sie die Verallgemeinerung der Schlussfolgerungen, die sich aus den angeführten Untersuchungen ergeben. Wichtig ist die Thatsache, dass sich ein Nahrungsmittel, das eine Vergiftung hervorgerufen hat, bei der Untersuchung von ungewöhnlicher bakterieller Zusammensetzung erwies. Diese Thatsache veranlasste Wessenberg, Silberschmidt, Glückmann[27]), Lewy, Pfuhl[28]) u. A., den von ihnen gefundenen Bacillus proteus, diesen unschuldigen Saprophyten, als Ursache der Vergiftung anzusehen, da er sich in den betreffenden Nahrungsmitteln fast in Reinkultur und im hohem Entwickelungsstadium vorfand.

Es ist zweifellos, dass der bakteriologische Weg bei dem Studium des Wesens der Vergiftungen durch Nahrungsmittel bezüglich der Feststellung der Wahrheit die besten

Resultate verspricht; es sind aber noch weitere Untersuchungen in dieser Richtung nothwendig, besonders zur Aufklärung der Frage, welche Massregeln zur Verhütung solcher epidemischer Vergiftungen nothwenig wären; leider ist diese in sanitärer Beziehung sehr wichtige Frage vorläufig noch fast garnicht erforscht.

Ich gehe zur Schilderung der epidemischen Vergiftungen über, die im Jahre 1899 in Charkow in Folge von Genuss von Cremenusstorten, die aus der Charkower Konditorei von P. herrührten, vorgekommen sind.

Der 17. September ist in Russland bekanntlich ein an Namensfesten reicher Tag. In jeder Konditorei werden zu diesem Tage zahlreiche Torten, sowie Näschereien bestellt. Nun war der 17. September des Jahres 1899 für Charkow in hohem Masse verhängnissvoll: ca. 200 Personen, welche von den in der genannten Konditorei hergestellten Cremenusstorten gegessen haben, erkrankten unter Vergiftungserscheinungen, vor Allem unter Störungen der Verdauungswege. Es erkrankten ganze Familien, die diese Torten bestellt und gegessen haben, einschliesslich des Dienstpersonals, dass die Ueberreste der Torten bekam. Es erkrankten ganze Pensionate. Im Charkower Institut für Töchter höherer Stände erkrankten 28 Zöglinge. 5—6 Stunden nach dem Genuss der Torten traten Uebelkeit, dann Erbrechen, Schmerzen in der Magengrube, sowie Magenschmerzen überhaupt und Diarrhoe auf. Bei Manchen blieben die Krankheitserscheinungen auf Uebelkeit und Erbrechen beschränkt. Ueberhaupt standen diese beiden Symptome im Vordergrund, wenn sie auch verschieden hochgradig waren. In manchen Fällen erinnerte das Krankheitsbild an eine Arsenikvergiftung. In den meisten Fällen waren die Erkrankungen jedoch leichterer Natur; bisweilen war das sich darbietende schwere Krankheitsbild mehr durch übertriebene Aengstlichkeit als durch die Höhe der wirklichen Beschwerden bedingt. Die meisten Patienten blieben auf den Beinen und waren mit geringen Ausnahmen schon am folgenden Tage gesund. In manchen Fällen waren dagegen die Diarrhoe und ganz besonders das Erbrechen in hohem Grade quälend.

Selbstverständlich war in der Zeit vom 17.—20. September die ganze Stadt durch das bedauerliche Vorkommniss in hohem Masse erregt, ganz besonders, seitdem die absolute Sicherheit festgestellt wurde, dass nur diejenigen Patienten erkrankten, die die Cremenusstorten aus der Konditorei von P. gegessen haben. Diese Konditorei erfreute sich stets eines guten Rufes; in Folge dessen erschienen die Vergiftungen noch räthselhafter und erregten das Interesse der Gesellschaft, wie auch der Presse. An die Polizeiorgane, an das medizinische Departement und an das Sanitätslaboratorium wurden von den Betroffenen Anträge auf Nachforschung nach der Ursache der Vergiftung und auf Vornahme entsprechender Untersuchung gestellt. Laut Verfügung des medizinischen Departements nahm eine besondere Kommission eine Besichtigung der Konditorei vor, die jedoch nichts ergab, was auch nur theilweise zur Aufklärung der Vergiftungen hätte beitragen können. Wie üblich, beschlagnahmte die Kommission Farbenproben, Blumen und andere Schmucksachen der Konditoreiwaaren, Nussproben, Zuckerproben etc. Die beschlagnahmten Gegenstände, sowie die Tortenproben, welche dem medizinischen Departement von Seiten der Betroffenen zugegangen waren, wurden behufs Untersuchung dem chemischen Laboratorium der Universität, das unter Leitung des Prof. Timofeew steht, überwiesen.

Die chemische Untersuchung ergab nirgends eine Spur von Mineralgiften. (Schluss folgt.)

Referate.

Chirurgie.

Drei Fälle von Nierendislokation.

Von Dr. I. P. Kurkowski.

(Wojeno medicinski Journal. Jeschenedelnik 1901, No. 7.)

In allen drei Fällen konnte keine der gewöhnlichen Ursachen der Nierendislokation, wie Trauma, Partus, Enteroptose, rasche Abmagerung etc., festgestellt werden, dagegen bestand bei allen Patienten zweifellose neuropathische erbliche Belastung. Die Nierendislokation verursachte reflektorische Schmerzen im linken Hypochondrium und Herzklopfen. Letzteres Symptom steigerte sich in einem Falle bis zu wirklicher Tachykardie mit einer Pulszahl von 160 Schlägen in der Minute und heftigen Asthmaerscheinungen. Verf. ist der Ansicht, dass die Nierendislokation an und für sich bei der Entwickelung von reflektorischen Krankheitserscheinungen nicht das alleinige ätiologische Moment ist, sondern dass dazu eine besondere Prädisposition, d. h. eine ausgesprochene Schwäche des Nervensystems erforderlich ist. Die Behandlung darf sich in Folge dessen nicht nur auf Massnahmen beschränken, die gegen die Dislokation gerichtet sind, sondern muss den Allgemeinzustand des Kranken und sein Nervensystem ganz besonders ins Auge fassen. Die chirurgische Behandlung des Leidens mittels Nephropexie darf man solchen Kranken niemals anrathen, weil die Operation mit Lebensgefahr verbunden ist, die die Krankheit allein und für sich durchaus nicht bietet. Ausserdem bleibt der Erfolg der Operation sehr häufig aus, indem die Krankheitserscheinungen durch dieselbe nicht beseitigt werden. Lb.

Ein Fall von Selbstverletzung der Harnröhre und der Harnblase.

Von Dr. Sjanorzecki.

(Wratsch 1901, No. 2.)

Eine 22jährige Bäuerin suchte das Krankenhaus auf wegen angeblich seit 2 Monaten bestehender Harnincontinenz. Die Patientin ist 2 Jahre verheiratet, kinderlos und macht den Eindruck einer hysterischen Person. Sie machte zunächst folgende Angaben: vor 3 Monaten habe sie unerträgliches Jucken in den Genitalien gehabt und auf Anrathen einer Freundin auf die Genitalien geriebenen Knoblauch gelegt, der Zustand habe sich aber danach verschlimmert. Sie habe sich dann an einen Heilgehülfen gewandt, der ihr eine Salbe verschrieb. Diese Salbe habe sie mittelst eines mit einem Wattebausch versehenen dünnen Stöckchens in die Harnröhre eingeführt und letztere dabei verletzt. Die Untersuchung ergab, dass die Harnröhre bis dicht an die Harnblase gespalten ist; desgleichen fand man den Harnblasenhals gespalten und klaffend. Der Schnitt des Harnblasenhalses stand zu dem der Harnröhre unter stumpfem Winkel, was dafür sprach, dass Harnröhre und Harnblasenhals zu verschiedener Zeit verletzt worden sind. Später gestand die Patientin, dass sie sich die Verletzung selbst beigebracht hat. Sie habe zuerst mit einem dünnen Messer die Harnröhre gespalten und dann weiter Knoblauch auf die Geschlechtstheile gelegt; da aber das Jucken noch immer nicht aufhören wollte, so habe sie einige Zeit darauf auch die Harnblasenwand gespalten, worauf das Jucken vollständig verschwunden sein soll. Vernähung der Harnröhre und Harnblase. Vollständig glatter Heilungsverlauf und vollkommene Verwachsung. Lb.

Ueber Steine des Präputiums.

Von Privatdozent Dr. M. P. Manassein.

(Wratsch, 1900, No. 12.)

Steine des Präputiums werden ziemlich selten angetroffen. So hat z. B. Lewin unter 35 000 Kranken der Berliner Charité nur dreimal, Albert unter 15 000 nur einmal Präputialsteine beobachtet. Der Fall Manassein's betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der wegen Schmerzen beim Coitus bezw. wegen vollständiger Unmöglichkeit, denselben auszuführen, ärztliche Hülfe nachsuchte. Die Glans erwies sich bei der Untersuchung als stark vergrössert, von knorpeliger Konsistenz, aber wenig schmerzhaft. Nachdem die Glans gereinigt war, fand man auf deren Oberfläche 2 ziemlich grosse Steinchen, die nun mittels Pincette entfernt wurden. Nach entsprechender Salbenbehandlung genas der Patient vollkommen.

Man würde also trotz der Seltenheit der Präputialsteine bei ähnlichen Klagen der Patienten an diese Eventualität denken müssen, ganz besonders wenn keine Erscheinungen von Phimosis bezw. Paraphimosis vorliegen. Lb.

Vergiftungen.

Ueber einen Fall von akuter Zinnvergiftung durch Tragen von mit Zinnsalzen stark beschwerten Seidenstrümpfen.

Aus dem chemisch-mikroskopischen Laboratorium von Dr. M. und Ad. Jolles in Wien.

Von Dr. Ad. Jolles.

(Vorgetragen im Wiener med. Klub 13. II. 1901).

Unsicherheit beim Stehen und Gehen sowie Taubheitsgefühl in den Beinen und allgemeines Schwächegefühl führte die 27jährige Patientin zum Arzt. Mit der Aufzählung ihrer Beschwerden gab sie zugleich an, dass sie bei Eintritt einer Verschlechterung ihres Zustandes öfters eine Gelbfärbung ihrer Füsse wahrgenommen hätte. Es wurde ein starker Schweissfuss gefunden und als Ursache der Gelbfärbung der Füsse das Tragen gelbseidener Strümpfe angenommen, deren chemische Untersuchung auch ergab, dass ein gelber, der Klasse der Azofarbstoffe angehöriger Farbstoff aus ihnen sich schon mit warmem Wasser auslaugen liess, sowie dass, offenbar zur Beschwerung der Seide, bedeutende Mengen von Zinnchlorid zur Anwendung genommen waren. Die nun regelmässig vorgenommene Untersuchung des Urins ergab andauernd (mit einigen negativen Zwischenbefunden) die Anwesenheit von Zinn und ferner eine Schädigung der Nierenelemente und Vorhandensein von Albumosen, Globulin und Serumalbumin.

Die nervösen Erscheinungen, deren hysterische Grundlage Verfasser für möglich hält, deren Verstärkung er aber der Vergiftung durch Tragen der gelbseidenen Strümpfe zur Last legt, sowie die seiner Ansicht nach ausschliesslich derselben zuzuschreibende Nierenaffektion gingen unter lang anhaltender Milchdiät, Bäderbehandlung und Anwendung von Elektrizität zurück. Seelhorst.

Die Epidemie von peripherischer Neuritis.

(British Medical Journal, 1. Dez. 1900.)

Die Veröffentlichung von Dr. Ernst S. Reynolds in der Ausgabe des British Medical Journal vom 24. November hat die allgemeine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand gelenkt, welcher für das öffentliche Wohl von grösster Wichtigkeit ist, nämlich auf eine epidemische periphere Neuritis der Biertrinker in Manchester und Umgebung. Reynolds, Dreschfeld, Williamson, Brooke und eine ganze Anzahl anderer Mediziner haben in der Gegend von Manchester die Beobachtung mach können, dass eine aussergewöhnlich grosse Zahl ihrer Patien an peripherer Neuritis litt. Diese Fälle rechnete man anfang zu der alkoholischen Neuritis, bis Reynolds erkannte, dass b Symptome auftraten, welche bei alkoholischer Neuritis fehlt oder auch krankhafte Erscheinungen ausblieben, welche b alkoholischer Neuritis vorzukommen pflegen. So fand man bei diesen Fällen sehr frühe eine ausserordentliche Schlaff der Haut und der Muskeln, Gefühl von Taubsein und Kribbel Erscheinungen von Herpes und Erytheme verschiedener Ar ferner Bronzefärbung der Haut und Schnupfen, also eine Rei von Symptomen, welche vielmehr zu dem Bilde der chronisch Arsenvergiftung als zu dem der chronischen Alkoholvergiftun gehören. Die genaue Untersuchung ergab, dass es sich u Personen handelte, welche zwar Gewohnheitstrinker, aber i Gebrauche des Alkohols keineswegs alle unmässig waren. Reynolds und Professor Dixon untersuchten verschieden Bierproben und fanden darin Arsen, und zwar fanden sie da Arsen ausschliesslich nur in den billigen Biersorten. Bei den billigen Bier wird zur Fabrikation desselben nicht Malzzucker gebraucht, sondern eine Zuckerart, die durch Einwirkung der Schwefelsäure auf Rohrzucker gewonnen wird oder durch Er wirken von Schwefelsäure auf Stärke von Mais, Sago oder Tapioca. Dieser Zucker (Glucose und Invertzucker) ist a und für sich nicht gesundheitsschädlich. Die schädliche Bemengung erhält er nach den Analysen von Harold Dix durch die in diesem Prozess verbrauchte Schwefelsäure welche Arsensäure in einer Menge von mehr als 1,4 Proz enthalten soll.

Bei der Fabrikation der Schwefelsäure mischt sich nämlich beim Rösten der Eisen-Pyrite den Schwefelsäuredämpfe Arsen hinzu. Dadurch beträgt die in das Bier übergehende Menge Arsen nach den Analysen von Kirkberg etwa 0, 0,28 Gramm auf den Gallon d. h. 0,006 bis 0,02 Gramm auf etwa 4 Liter — und 1 Gramm auf 3 Gallon sieht man bereits als eine gefährliche Menge an.

Dass die Epidemie sich in so ausgedehntem Umfang verbreitete, ist nicht zu verwundern, wenn man bedenkt, dass eine einzige Zuckerfabrik 200 Brauereien im Norden und im Centrum von England mit Brauzucker versorgt. Der Verbrauch von Malzzucker und Invertzucker schwankt dabei in einem Verhältniss von 5 bis 40 %.

Auf diese Weise ist auch zu erklären, warum die Fälle auf bestimmte Bezirke beschränkt bleiben und warum der Verlauf bald leichten bald heftigen Charakter hat. Man berichtet über eine ganze Reihe von Fällen, ähnlich denen in Manchester, aus Yorkshire, Padgate, Earlestown, Seaforth, Liverpool, Lancashire, aus Stonebridge in Worcestershire, Lichfield, aus Leicester und Chester. An dem letzt genannten Ort sollen die Symptome denen von Beri-Beri ähnlich gewesen sein, doch sprach das Auftreten von Oedemen und die Pigmentirungen der Haut für Arsenneuritis.

Die Epidemie der Arsenvergiftungen hat im Verlauf der Erkrankung manche Symptome gezeigt, welche bis dahin nicht als charakteristisch für Arsenvergiftung galten. Dies mag vielleicht darin seinen Grund haben, dass zwei Gifte, Alkohol und Arsen, zu gleicher Zeit auf den Organismus einwirkten und möglicherweise auch noch andere Verunreinigungen der im Handel vorkommenden Schwefelsäure eine Rolle spielen.

Gegen die Theorie einer Arsenvergiftung wendet man ein, dass erstens manche der Betroffenen niemals Bier im Uebermass tranken und zweitens der Prozess des Bierbrauens in den Fabriken seit Jahren in keiner Weise eine Aenderung erlitten hatte.

Dass auch einige Menschen betroffen wurden, welche hauptsächlich Kaffee und Thee tranken, spricht nicht dagegen, da auch hier der Zucker die Ursache sein kann. Deshalb ist bei Verwendung von Invertzucker zu Gelée, Eis oder Crême, überhaupt zu süssen Speisen, oder Getränken grosse Vorsicht geboten.

Möglicherweise sind auch manche als Beri-Beri angesehene Fälle die Folge einer Arsenvergiftung gewesen.

Franz Meyer-Berlin.

Spinale Muskelatrophie in Folge von Bleivergiftung, an eine infantile Poliomyelitis sich anschliessend.

Von von Sarbó.

(Beitrag zur Pathologie der Bleivergiftungen.)

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XIX, Heft 2—4, 1901.)

Der Kranke hatte mit dem 5. Jahre Poliomyelitis; infolge davon wurde das rechte Bein atrophisch; durch die Beschäftigung als Bleigiesser viele Bleiintoxikationen. Mit dem 20. Jahre trat eine Muskelatrophie auf, welche am rechten atrophischen Beine einsetzte und darnach fast die ganze Körpermuskulatur ergriff. Trotz der hochgradigsten Muskelatrophie arbeitete der Kranke bis zu dem Zeitpunkt, wo ihn Tuberkulose aufs Krankenlager warf. V. sieht in dieser poliomyelitis anterior chronica ebenfalls ein Zeichen der Bleivergiftung und macht darauf aufmerksam, dass experimentelle Untersuchungen grade eine Beeinflussung der grossen multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner nachgewiesen haben. V. ist geneigt, auch die bei dem Kranken bestehende dermatitis herpetiformis mit dem Vorderhornprozess in Zusammenhang zu bringen.

In seinen allgemeinen Ausführungen legt V. den Hauptwerth darauf, dass sich durch die Bleivergiftung eine allgemeine Ernährungsstörung ausbildet und dass auf deren Boden die einzelnen Organe wie der Darm, die Gelenke, das Nervensystem (dieses in der Form von neuritis, poliomyelitis ev. myelitis, encephalopathia saturnina) erkranken.

E. Schultze-Andernach.

Ein Beitrag zur Kenntniss der merkuriellen Polyneuritis acuta.

Von Spitzer.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XIX, Heft 2—4, 1901.)

Während der wegen Lues ausgeführten Einreibungskur (22 Einreibungen à 3,0 gr) erkrankte der Patient an Symptomen einer Polyneuritis (Schmerzen in den unteren Extremitäten, Druckschmerz von Nerven und Muskeln, Ataxie beider Beine, geringe Ataxie der oberen Extremitäten, erhöhte Reflexe, geringe motorische Kraft der Muskeln beider Beine, keine Atrophie noch elektrische Störungen). Da man sowohl luetische wie merkurielle Neuritiden trifft, fragt es sich, wie man diesen Fall auffassen soll. V. hält eine merkurielle Aetiologie für nicht unwahrscheinlich, denn die Erscheinungen der Polyneuritis gingen beim Aussetzen der Quecksilbertherapie prompt zurück, während frische Symptome der Lues nach wie vor da waren oder auftraten. Der Quecksilbergehalt des Urins spricht ebenfalls für den Merkurialismus. V. hebt noch besonders hervor die Steigerung der Patellarreflexe bei Neuritis, also bei einem peripheren Prozesse. E. Schultze-Andernach.

Neurologie und Psychiatrie.

Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt.

Von Prof. Dr. A. Hoche.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. III. Band, Heft 4. 1900.)

Verfasser bespricht zuerst die Indikationen zur Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt und scheidet sie in relative, d. h. solche, die die Heilungsaussichten in der Anstalt besser erscheinen lassen als unter häuslichen Verhältnissen, und in absolute, als welche Gemeingefährlichkeit, Selbstmordneigung und Nahrungsverweigerung angegeben werden. Zu der ersten Gruppe bemerkt Verfasser sehr zutreffend, der Arzt solle der Laienmeinung, dass die Feststellung einer geistigen Erkrankung und die Ueberweisung in eine Irrenanstalt gewissermassen das bürgerliche Todesurtheil über das Individuum bedeute, nicht zu grosse Konzessionen machen, und ferner, dass im Durchschnitt der Arzt für das Wohl seiner Kranken in derartigen Fällen um so besser sorge, je weiter er die relative Indikation zur Einweisung in eine Anstalt fasse.

Gemeingefährlich ist jeder Geisteskranke mit plötzlich auftretenden Sinnestäuschungen, jeder Delirant, jeder an epileptischer Psychose Leidende, alle Kranken mit Beeinträchtigungsideen, solange lebhafte Affekte vorhanden sind, viele Fälle von Paralyse, und schliesslich jeder ängstlich erregte Melancholiker, der wegen der oft sorgfältig verborgenen Selbstmordabsicht für sich besonders gefährlich ist. Die länger fortgesetzte Nahrungsverweigerung, die zur Zwangsernährung durch die Magensonde führt, wird besonders aus äusseren Gründen als absolute Indikation angeführt.

Kurz besprochen werden Behandlung bis zur Ueberführung in die Anstalt und Transport. Sehr ausführlich erörtert Verf. die Abfassung des ärztlichen Aufnahmezeugnisses, dessen Angaben für den Anstaltsarzt ausserordentlich wichtig sind, da die Angaben des Kranken und seiner Angehörigen aus verschiedensten Gründen unzuverlässig sind. Die einzelnen Gesichtspunkte, die Verfasser bespricht, sind in Kürze nicht gut wiederzugeben. S.

Das Jugendirresein (Dementia praecox).

Von Dr. Trömner, Nervenarzt in Hamburg.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. III. Band, Heft 5. 1900.).

Verf. bespricht einleitend die Wichtigkeit der Forderung, bei psychisch Kranken nicht die augenblicklichen Zustandsbilder, sondern die ihnen zu Grunde liegenden Krankheiten zu diagnostiziren. Dies ist der Hauptgrund, weshalb er die nach seiner Ansicht weiteren ärztlichen Kreisen noch nicht genügend bekannte, von Kahlbaum-Hecker als „Jugendirresein“, von Kraepelin als „Dementia praecox“ bezeichnete Gruppe mit ihren Abarten „Hebephrenie“ und „Katatonie“ besprechen will.

Verf. unterscheidet drei Arten der Verlaufsmöglichkeiten:

1) Die einfache Demenz, beginnend im 16.—18. Jahr mit ganz allmählichem stetigen Rückgang der geistigen Fähigkeiten. Zu dieser Gruppe gehört ein grosser Bruchtheil der geisteskranken Vagabonden.

2) Die Hebephrenie mit unregelmässigem Verlauf, mit Auftreten von Reizzuständen, eigenartiger Verworrenheit, die meistens in einem durch Persistenz von Wahnideen, durch bizarre Gewohnheiten und durch die Verworrenheit seiner Aeusserungen besonders gefärbten Schwachsinn ende.

3) Die Katatonie, die sich von der Hebephrenie durch bestimmte motorische Symptome, schwerere Attaquen, Remissionen unterscheide. Stupor mit Echopraxie sei fast sicher katatonisch, das Ende meist tiefe Verblödung.

Heredität ist in etwa 70% der Fälle festgestellt, andere direkte Ursachen sind nicht erwiesen, provokatorisch wirken Militärdienst, Haft, Puerperium. Ueber die pathologische Anatomie der Krankheit ist nichts Sicheres bekannt, zur Pathogenese wird die Hypothese von der toxischen Schädigung der Hirnrinde angeführt. Bei der Therapie bemerkt Verf. das Versagen der Organpräparate und empfiehlt hydriatrische Prozeduren, speziell Schwitzpackungen. Zum Schluss wird die Differential-

diagnose gegen verschiedene Neurosen und Psychosen besprochen, wobei Verf. darauf aufmerksam macht, dass seltsame hypochondrische Klagen bei jugendlichen Individuen Verdacht auf Frühverblödung erwecken müssen. S.

Augen.

Die strafrechtliche Verantwortung des Augenarztes.

Von Dr. F. Daxenberger.

(Wochenschr. für Therapie und Hygiene des Auges. III. Jahrgang. No. 36—39.)

Verfasser beklagt sich zunächst über die dem Laienverstande unbegreifliche Auffassung vieler Juristen, nach welcher ärztliche, zu Heilzwecken vorgenommene Eingriffe als Körperverletzungen zu betrachten sind und nur durch die Einwilligung des Patienten straflos werden. Es macht sich also ein Arzt, welcher einen Kranken wider dessen Willen heilt, einer Körperverletzung schuldig. Kunstfehler von Seiten des Augenarztes, wenn sie den Verlust des Sehvermögens bedingt haben, fallen als schwere Körperverletzung unter Paragraph 224 des St. G. B. Gegen einen wiener Augenarzt wurde 1898 Anklage wegen Körperverletzung erhoben, weil er schulpflichtigen Kindern Cocain oder Homatropin eingeträufelt und sie zur Einübung im Ophthalmoskopiren für seinen Augenspiegelkursus benutzt hatte. Er wurde jedoch auf das Gutachten des Professor Fuchs hin, dass derartige Massnahmen unschädlich seien, freigesprochen. Bei der Anwendung von Augentropfen resp. -wässern kann durch Verwechslung der Lösungen Schaden gestiftet werden, auch ein Irrthum in der Diagnose z. B. Verkennen eines Glaukoms und Anwendung von Atropin bei demselben kann dieselbe Folge haben. Grosse Vorsicht erheischen für den Nichtgeübten die Pinselungen und Tuschirungen mit Aetzmitteln. Verlust des Sehvermögens bei Ophthalmoblennorrhoe in Folge unrichtiger Anwendung von Höllenstein hat schon öfters Anlass zur gerichtlichen Verurtheilung von Aerzten gegeben. Die Prüfung neuer Heilmittel am Menschen darf nur unter bestimmten Voraussetzungen vorgenommen werden und sollte bei stärker wirkenden Mitteln nur in Kliniken oder Krankenhäusern erfolgen. Experimente sind nur zulässig mit Einwilligung des über die Sachlage aufgeklärten Patienten oder Gesunden und unter der Voraussetzung, dass das Versuchsobjekt keinen Schaden an der Gesundheit leide. Besondere Massnahmen sind bei Operationen erforderlich. Die Unterlassung der Asepsis würde im Falle einer Infektion zweifellos zur gerichtlichen Verurtheilung des Arztes Anlass geben. Die Narkose darf nur im Einverständniss mit dem Patienten oder dessen gesetzlichem Vertreter vorgenommen werden. Unnöthige und erfolglose Operationen können gesetzlich als vorsätzliche Körperverletzung aufgefasst werden, z. B. eine Staroperation bei bestehender Amaurose, da der Arzt bei genauer Funktionsprüfung vorher wissen musste, dass auch nach erfolgter Kataraktextraktion das Auge blind bleiben würde. Vor jeder Operation ist ausnahmslos die Einwilligung des Kranken oder dessen gesetzlichen Vertreters einzuholen, sonst macht sich der Arzt einer vorsätzlichen und widerrechtlichen Körperverletzung schuldig. Der Arzt hat auch nicht das Recht der Züchtigung bei Kindern, wenn ihm dasselbe nicht ausdrücklich von den Eltern übertragen wird. Bei Operationen an den Adnexen des Bulbus kann der Augenarzt für eine dadurch bedingte Entstellung haftbar gemacht werden. Dasselbe gilt auch für die Schieloperation. Dass bei der Enucleatio bulbi versehentlich das gesunde statt des kranken Auges entfernt werden kann, dafür führt Verfasser zwei Fälle aus der Tagespresse an, deren Richtigkeit indessen nicht vollkommen verbürgt erscheint. Die strafbaren Handlungen, welche bei der Thätigkeit des Arztes in Frage kommen können, sind: Feiheitsberaubung und Nöthigun vorsätzliche und widerrechtliche, sowie fahrlässige Körpe verletzung. Dem praktischen Arzte räth Verfasser, nur dringenden Fällen Augenoperationen vorzunehmen, wenn d Patient einen Augenarzt nicht erreichen kann. Verfasser b merkt zum Schluss, dass seine Ausführungen vielfach übe trieben erscheinen mögen, dass man aber bei genauer Durc sicht der Gesetze zu diesen Folgerungen kommen muss.

Groenouw.

Traumatische Opticus-Athrophie.

Von Alphonse Péchin.

(Le progrès méd. 1900. No. 7.)

Weder von den Beschädigungen des Sehnervs, die dur Bruch der Augenhöhlenwandung bewirkt werden, noch von de Erblindung, die hie und da einfachen Quetschungen des Au apfels folgt, soll im vorliegenden Aufsatz die Rede se sondern von Sehnervenschwund, der auf andre Weise dur Verletzungen bewirkt wird. Verf. knüpft an einen selbs beobachteten Fall an:

Ein noch nicht 15jähriger junger Mensch bückt sich i Dunkeln und stösst dabei mit dem Gesicht heftig gegen ei aufrecht stehende Eisenstange von 5 mm Durchmesser. E wird für kurze Zeit bewusstlos. Als er erwacht, hat er k Nasenbluten, nur das obere Lid des rechten Auges ist etw angeschwollen. Am nächsten Tage wird der Junge von eine Arzte untersucht, da das Sehvermögen rechts erloschen i aber es findet sich weder aussen noch im Augenhintergru etwas Besonderes. Die Blindheit bleibt jedoch bestehen. s ist vollkommen, der Pupillenreflex, anfangs noch schwach v handen, schwindet, der Sehnerveneintritt färbt sich binne 14 Tagen porzellanweiss. Alle übrigen Anzeichen irgend e Störung fehlen.

Aus der Litteratur hat P. noch elf ähnliche Fälle gesamm d. h. ähnlich nur insofern sämmtlich, als sie Stösse gegen den inneren (oder äusseren) Augenwinkel gemeinsam haben, nic aber in der Art des Instruments und auch nicht im Ausgang der Verletzung.

Unter vier Stössen mit geknöpftem Florett, die Depierre mittheilt, hatten zwei Verlust des Sehvermögens zur Folge, zwei andre, von denen einer sogar Bindehaut und Lederhau verletzte, liessen das Sehvermögen unversehrt. In einem Fall von Just hatte sich ein Arbeiter einen Pfriem am inneren Augenwinkel eingestossen, der Ausgang war derselbe wie bei Péchins Verletztem, nur war auch eine Augenmuskellähmung vorhanden. Lawson sah nach einem Messerstich, der den Augapfel nicht verletzt hatte, völlige Blindheit und Sehnerven schwund. Vossius beschreibt eine Schussverletzung mit eben solchem Verlauf, bei Gorelli und Girard verursachte ein in die Augenhöhle eingedrungenes Holzstück Erblindung, bei Snell einmal ein Schlag mit einer Hacke, einmal das Eindringen einer Heugabelzinke, ein drittes Mal auch wieder der Sturz auf ein senkrecht stehendes Stück Holz.

Von den beiden günstig verlaufenen Fällen abgesehen, sind das also zehn Fälle von Erblindung mit Sehnervenschwund durch Eindringen verletzender Körper in die Augenhöhle. Wir sehen, dass dieselben mit äusseren Verletzungen nur zum Theil einhergehen, mit Störungen an den Augenbewegungsnerven nur vereinzelt, dass die Sehnervenpapille anfangs normal erscheint und erst in der Folgezeit abblasst.

Eine solche Sehstörung kann anfangs als hysterisch aufgefasst werden, um so eher, wenn gleichzeitige Verletzungen sensibler Nerven eine Gefühlslähmung schaffen, ja selbst wenn mit Nervenschmerzen Blutungen einhergehen (Gilles de la

ourette). Freilich gestattet sehr bald die Spiegeluntersuchung ie richtige Deutung.

Verf. meint nicht, dass eine Blutung in die Augenhöhle rie frühere Beobachter annehmen, eine solche Erblindung erbeiführen kann. Da müsste man doch eine Vortreibung es Augapfels finden, und nach Aufsaugung des Blutes müsste nit dem Nachlassen des Drucks der Nerv sich wieder erholen önn en. Wahrscheinlicher ist es vielmehr, dass das eindringende nstrument an der Wand der Augenhöhle nach innen gleitet, vas, dank der Elastizität der getroffenen Gewebe, ohne Gewebstrennung geschehen kann, dass dabei der Augapfel brüsk ierausgedrängt wird, und dass der Nerv dabei nicht nur plötzlich überdehnt, sondern im Zustande saitenartiger Spannung gegebenen Falls noch von dem eindringenden Körper direkt getroffen und so zerrissen wird. Je nachdem die Verletzungsstelle vor oder hinter dem Eintritt der Netshaut-Schlagader in den Sehnerven liegt, geschieht die Entfärbung der Pupille sofort oder erst später.

Hygiene.

Die Erkrankungen der in Chromatfabriken beschäftigten Arbeiter.

Von Dr. med. F. Hermanni-Biebrich.

(Münch. med. Woch. 1901, No. 14.)

Die fabrikmässige Darstellung der Chromsalze ist mit Gefahren für die Arbeiter verbunden, deren Kenntniss in den letzten Jahren besonders von Wutzdorff, Burghart und Wodtke gefördert worden ist. Schon besteht eine Bundesrathsverordnung von 1897, deren Vorschriften günstigere hygienische Bedingungen für die Chromatarbeiter schaffen sollen.

Vor den bisherigen Veröffentlichungen hat die Arbeit Hermanni's, der als Arzt einer grossen chemischen Fabrik thätig ist, das voraus, dass sie über Jahre fortgesetzte Beobachtungen bringt und gleichzeitig den Einfluss der Durchführung jener Bundesrathsverordnung auf den Gesundheitszustand der Arbeiter erkennen lässt.

H. hat im Laufe von $2^1/_2$ Jahren 257 Arbeiter, welche länger als einige Tage in der Fabrik beschäftigt waren, in regelmässigen Zwischenräumen von 1—4 Wochen untersucht.

Er fand zunächst bei allen, die lange genug im Betriebe blieben, Erkrankungen der Nase. Diese Erkrankungen bestehen n Geschwüren hinter der Grenzlinie, die an der Nasenscheidewand einfaches Deckepithel und Schleimhautepithel scheidet. Die Geschwüre können sehr rasch, in 8 bis 14 Tagen, entstehen. Immerhin waren von 77 Arbeitern nach Monatsfrist noch 34 gesund. Binnen einem Jahre kommt es ausnahmlos zur Geschwürsbildung. Meist folgt nach einigen Monaten eine Durchlöcherung der Nasenscheidewand, nur selten bleibt sie auch bei jahrelangem Bestehen des Geschwürs aus. Die Durchlöcherung vernarbt im vorderen Theil rasch, dehnt sich aber nach hinten, nach dem knöchernen Theil aus, der nur ausnahmsweise mit angefressen wird, dann aber im Gegensatz zum knorpligen schwer ausheilt. Nie fällt der Nasenrücken ein. Vereinzelt bilden sich auch auf der seitlichen Nasenwand gegenüber dem Loch in der Scheidewand, Geschwüre, die nie den Knochen angriffen.

Bei der Entstehung dieser ganzen Veränderungen spielt nach des Verf.'s Meinung und Erfahrung etwaiges Bohren mit dem Finger eine höchst geringe Rolle. Es handelt sich vielmehr um eine Aetzwirkung durch Staub und Dämpfe, die Chromsalze enthalten. Diese können dem starken Deckepithel im vorderen Theil der Nase — ebenso in der Mund- und Rachenhöhle, wo noch eine schützende Schleimschicht ausgebreitet ist — nichts anhaben, wohl aber dem Flimmerepithel hinter der Grenzlinie.

An der äusseren Haut scheint das Chrom nur auf dem Boden einer Verletzung, wenn auch einer noch so geringfügigen, Geschwüre hervorbringen zu können, die dann freilich bis auf die Sehnen und Knochen dringen können. Sie sehen aus, wie mit dem Locheisen geschlagen, haben eine sehr geringe Heilungs-Neigung und führen bisweilen zu Zellgewebsentzündungen. Letztere sind immerhin selten, denn während fast alle Arbeiter Geschwüre hatten und 45 deswegen vorübergehend arbeitsunfähig waren, wurde Zellgewebseiterung nur drei mal behandelt. Etwas seltener als die Geschwüre sind Eczeme hartnäckiger Art, welche manchmal die neueingestellten Arbeiter sehr bald zum Aufgeben der Beschäftigung nöthigen. Solche Eczeme wurden sogar bei Frauen, die die Arbeitsanzüge ihrer Männer gewaschen hatten, beobachtet.

Minder bedeutsam sind die besonders nach Einpritzen von Chromatlösung in die Augen zu Stande kommenden Bindehautentzündungen.

Der zweite Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit den Folgen des Eindringens von Chromverbindungen ins Innere des Körpers. Hier hat die theils experimentelle theils klinische Forschung früher Giftwirkungen auf den Magendarmkanal, auf Nieren und Luftwege festgestellt. Von alledem hat Verf. bei seinen Arbeitern nichts beobachten können. Durchfall kam nicht häufiger und nicht seltener als auch bei Arbeitern anderer Betriebe, Brechdurchfall nur einmal nach einem ganz eindeutigen Ernährungsfehler vor, Entzündungen der tieferen Athmungswege wurden zwar 27 mal beobachtet, doch ist dies keine auffällige Ziffer, zumal in der Fabrik die Leute grossen Temperaturunterschieden ausgesetzt sind. Systematische Urin-Untersuchungen wurden nicht angestellt, Erscheinungen einer Nierenentzündung bestanden aber nie. Von allgemeinem Darniederliegen des körperlichen Befindens, wie einzelne Forscher es erwähnen, hat Verf. keinen Fall gesehen.

Nach den Ergebnissen seiner Arbeit stellen sich also die Gewerbekrankheiten der Chromarbeiter viel weniger bedenklich dar als nach früheren Veröffentlichungen. Hierin erblickt er die segensreichen Folgen der Durchführung der Bundesrathsverordnung von 1897. Wichtig ist freilich auch der Selbstschutz des Einzelnen. Als Respiratoren pflegten die Arbeiter bisher nur feuchte, vor Mund und Nase gebundene Schwämme zu tragen, da alle versuchten Apparate sich als unzweckmässig erwiesen. Neuerdings vertreibt die Firma Wiskemann in Lollar einen Klein'schen Respirator aus Aluminium mit leicht zu erneuernder Watteeinlage, der sich zu bewähren scheint. Für die Hände wird in der Fabrik, an der H. thätig ist, dadurch gesorgt, dass jede kleinste Verletzung sofort durch ein Pflaster (?!) geschützt wird. Auch das Tragen von Handschuhen bei der Arbeit empfiehlt sich.

Hautkrankheiten in der elektrochemischen Industrie.

Von Gewerbeinspektionsassistent Dr. Heucke, Frankfurt a. M.

(Ztschr. d. Centralst. f. Arb.-Wohlf.-Einr. 1901 No. 4.)

In Vernickelungsanstalten ist nach den Berichten der Gewerbeaufsichtsbeamten in den letzten Jahren vielfach das Auftreten bestimmter Hautkrankheiten beobachtet worden. Es handelt sich nicht etwa um Akne-Formen wie die Chlor-Akne, sondern um Eczeme, die an den Händen, aber auch an anderen Körpertheilen auftreten.

Verf. hat die Krankheit fast in allen galvanischen Anstalten, die er besuchte, ausgenommen die Versilberungsanstalten, gefunden. Zuerst entwickeln sich Pusteln an den unbedeckten Körperstellen, namentlich den Unterarmen, dann gehen sie

auf den übrigen Körper — Unterleib, Hodensack, Unterschenkel u. s. w. über. Die Befallenen waren alle vor Beginn der Arbeit gesund. Aussetzen der betreffenden Arbeit hat rasches Schwinden der Ausschläge zur Folge. Die Erkrankungsneigung ist von Mensch zu Mensch äusserst verschieden. Durch tägliche Wannenbäder, gute Ventilation der Arbeitsräume, Tragen besonderer Arbeitsanzüge, häufiges Abspülen der Fussböden, Ausschluss der Handarbeit bei Reinigung der Anodengefässe und Versetzung frisch Erkrankter in andere Betriebe sind in den Fabriken Griesheim und Bitterfeld die Erkrankungen erheblich zurückgegangen.

Es ist nun die Frage, welche Schädlichkeit eigentlich die Schuld an diesen Hautleiden trägt. Die Antwort kann nur unter Berücksichtigung der gesammten Vorgänge bei der Vernickelung bezw. Verkupferung gegeben werden.

Die zu vernickelnden Gegenstände werden in ein Bad gebracht, das aus einer Lösung irgendwelcher Nickelsalze mit Zusatz von Ammoniumsalzen in meist destillirtem Wasser besteht. Zur Verkupferung dienen theils cyanürhaltige theils cyanürfreie alkalische Bäder. Die ersteren enthalten ausser einem Kupfersalz und Alkalisalzen noch Cyankalium, sie setzen einen grünlichen Schlamm ab.

Vor dem Vernickeln müssen die Waaren sehr sauber geputzt werden; dies geschieht mit Petroleum-Benzinmischung, dann mit Lösung von Wiener Kalk und Aetzkalk, zuletzt mit reinem Wasser. Hinterher werden manche Waaren noch durch Cyankalium-Lösung gezogen.

Die Eczeme befallen nun sowohl die mit dem Einhängen der Waaren in die Bäder als die mit dem Putzen beschäftigten Arbeiter. Herxheimer vermuthet, dass es ein einfaches Wasch-Eczem ist, Verf. hat es aber auch bei vielen nur trocken arbeitenden Personen gesehen. Das Cyankalium kann gleichfalls der Krankheitserreger nicht sein; den in Versilberungs- und anderen Anstalten, wo viel Cyankali benutzt wird, kommen ähnliche Leiden nicht vor. Lauge und Wiener Kalk können ebensowenig verantwortlich gemacht werden, da Arbeiter erkranken, die mit beiden nicht in Berührung kommen, und da in Sodafabriken und bei Kalköfen ähnliche Hautausschläge nicht zu beobachten sind. Das Gleiche gilt von Petroleum und Benzin.

So meint denn Verf. annehmen zu müssen, dass der Staub der Fabrikräume Nickel- und Kupfersalztheile enthält, die in den Körper gelangen und, mit dem Schweiss ausgeschieden, Ausschläge hervorrufen. Den Umstand, dass die Unterarme zuerst befallen zu werden pflegen, hält er für keinen Beweis einer Einwirkung von aussen, da ja öfters Hautausschläge inneren Ursprungs bestimmte Körperstellen bevorzugen. An sich selbst hat er durch längere äussere Behandlung mit Nickelauflösungen (ob auch mit Kupfersalzlösungen? Ref.) keinen Ausschlag erzeugen können.

Als Mittel zur Verhütung der Hautleiden empfiehlt er kräftigen Luftwechsel, Vermeidung von Nahrungsaufnahme in den Arbeitsräumen, regelmässige warme Bäder.

Beitrag zur Kenntniss der chronischen multiplen recidivirenden Knochenentzündung der Perlmutterdrechsler.

Von Stabsarzt Dr. Koloman Gömöry-Brünn.
(Wiener med. Woch. 1901, No. 13.)

Die Perlmutterdrechsler haben, wie die Wiener Schule schon vor Jahrzehnten nachgewiesen hat, eine Gewerbekrankheit, die nur bei ihnen vorkommt und in ihrem Auftreten und Verlauf gegenüber allen andern bekannten Krankheiten scharf abgegrenzt ist. Sie kommt vorwiegend im Entwicklungsalter zur Entwicklung und beginnt mit heftigen bohrenden und reissenden Schmerzen in einem Knochen, denen die Entstehung einer weichen, sehr empfindlichen Geschwulst … Knochen folgt; die Geschwulst wird härter, kleiner, … empfindlicher, schliesslich kann sie ganz verschwinden. … beginnt immer an den Knochenenden, denen sie meist … schrieben aufsitzt. Wie es scheint, kann sie die mein… Knochen befallen; selten beschränkt sie sich auf einen einzig… Häufig erkranken schubweise immer neue Knochen.

Wie diese seltsame Krankheit entsteht, wissen wir nich… Eine Reihe von Annahmen stehen sich gegenüber, von … rein mechanischen, dass aus Perlmutterstaub-Anhäufungen … den Lungen Conchiolinplättchen in den Kreislauf gelang… in den Haargefässen der Knochen stecken bleiben, einen Infar… und daran anschliessend eine Entzündung erzeugen (Gusse… bauer) — bis zur bakteriologischen, wonach nicht die Per… muttersubstanz selbst den Krankheitserreger bilde, sonder… dieser organisirt und in den beim Reinigen der Muschel… verspritzten fauligen Massen, die ihnen anhaften, enthalten …

Bisher sind 31 derartige Krankheitsfälle beschrieben. Einen weiteren fügt G. hinzu: Ein junger Mensch tritt m… 14 Jahren in eine Perlmutterdrechslerei ein. Nach 3 Monat… thut der rechte Fuss heftig weh und schwillt an, so dass de… Kranke etwa 6 Wochen das Bett hüten muss. Die Schwellung geht jedoch nach und nach vollständig zurück. Gegen End… des ersten Lehrjahrs bilden sich in derselben Weise Schwel… lungen am rechten Vorderarm und Handrücken, die erst na… $^3/_4$ Jahren gehoben sind. Nun bleibt der Genesene 4 Jah… seinem Gewerbe fern; dann tritt er wieder in seine frühe… Werkstätte ein. Kaum ist er wieder 3 Monate hier, so fän… eine neue Schwellung an, die von der rechten Unterkiefer… hälfte auf die linke überwandert, aber keine Spuren hint… lässt. Noch ehe sie verschwunden ist, tritt eine neue Ge… schwulst am linken Oberschenkel auf. Inzwischen arbeitet … Kranke ruhig weiter. Die Geschwulst am Oberschenkel w… bis ans Becken hinan und greift auf dieses über. … schwillt auch das Brustende des rechten Schlüsselbeins … dann das rechte Schulterblatt.

Jetzt, in seinem 21. Jahre, wird der Kranke vom Verfasser untersucht. An seinem rechten Schlüsselbein zeigt sich eine Auftreibung, die knapp neben dem Brustbein beginnt, nach der Schulter hin an Dicke zunimmt; sie ist sehr druckempfindlich und knochenhart. Das rechte Schulterblatt ist abwärts von der Schultergräthe in unregelmässiger Weise mit knochenharten Verdickungen bedeckt, die auch auf seine Vorderfläche übergehen, die Bewegung im Schultergelenk ist beschränkt und schmerzhaft. Die Knochen des Beckens und linken Oberschenkels sind unregelmässig verdickt, sodass das Hüftgelenk ganz versteift ist. Ueberall ist die Haut verschieblich. Im Röntgenbilde sind die Umrisse der geschwollenen Knochen sehr undeutlich. Ein mit Genehmigung des Kranken aus einer Verdickung des Schulterblatts entferntes Stück, bei dessen Entfernung auf 1 cm Tiefe das Messer, dann aber nur der Meissel benützt werden konnte, liess mikroskopisch keine Conchiolinplättchen erkennen.

Der Kranke hat trotz seines hilflosen Zustandes die Perlmutterdrechslerei wieder aufgenommen!

Aus Vereinen und Versammlungen.

In wenige Wochen zusammengedrängt, sind in der Reichshauptstadt die grossen Jahresversammlungen der Chirurgen, der Internen und der Irrenärzte einander gefolgt. Die Fülle des in ihnen allen gebotenen Stoffes zwingt uns, nur das Wichtigste in Eigenberichten zusammenzufassen. Wir beginnen mit einigen Vorträgen aus der

Jahresversammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte zu Berlin, am 22. und 23. April.

Herr **Bonhoeffer:** Zur Pathogenese des Delirium tremens.

Eine genaue Kenntniss der sogenannten Gelegenheitsursachen des Deliriums ist von Wichtigkeit, weil sich aus ihr mit der Zeit vielleicht Hinweise für die Aufklärung des Wesens der dem Delirium zu Grunde liegenden Autointoxikation ergeben.

Die komplizirten Delirien sind häufiger als die unkomplizirten. Die Komplikationen sind zum Theil auslösende Ursachen des Deliriums, zum andern Theil sind sie Theil- oder Folgeerscheinungen des Deliriums.

Nichts begünstigt mehr den Ausbruch eines Deliriums als akute Infektionen, unter ihnen stehen an Häufigkeit die akuten Infektionen des Athmungsapparates (Pneumonie, akute fieberhafte Bronchitis) voran (48% der Komplikationen). Delirien im Anschluss an Traumen sind selten. Meist ist das Trauma am Beginn des Delirs acquirirt. Es scheint, dass vor Allem starke Kontusionen des Brustkorbes oder Knochenfrakturen, die zu Fettembolien der Lunge führen, Delirien bei Alkoholisten zur Folge haben.

Vielleicht kommt der Behinderung der Lungenathmung eine wesentliche Bedeutung zu.

Der nicht häufige initiale epileptische Anfall der Deliranten ist Ausdruck derselben Vergiftung, die dem Delirium zu Grunde liegt. Diese Delirien haben meist eine besondere epileptische Färbung. Der dem Delirium oft um 1 bis 3 Tage vorangehende Krampfanfall hat im Zusammenhang mit gehäuften Trunkexcessen eine Delirium-auslösende Bedeutung.

Auf Grund mehrjähriger Beobachtung von Alkoholdelirien im Gefängniss hält Vortr. an dem Vorkommen von Abstinenzdelirien fest. Diese Delirien haben, trotzdem sie meist in der Ernährung sehr geschwächte Individuen betreffen, einen kürzeren und prognostisch günstigen Verlauf. (Ausführliche Publikation an anderer Stelle.) (Autorreferat.)

Herr **Henneberg:** Ueber Spiritismus und Geistesstörung. Vortragender hat in den letzten Jahren in der Charité in grösserer Anzahl Fälle psychischer Erkrankung beobachtet, die enge Beziehungen zum Spiritismus erkennen liessen. Diese können mannigfacher Art sein. Degenerirte und Schwachsinnige werden nicht selten vom Spiritismus angezogen und leicht eifrige Anhänger desselben; Geisteskranke nehmen spiritistische Auffassungen als Erklärungswahnvorstellungen an. In anderen Fällen aber bildet die Beschäftigung mit dem Spiritismus in unverkennbarer Weise ein aetiologisches Moment.

Vortr. bespricht die Prozeduren des vulgären Spiritismus auf Grund eigener Beobachtungen, das Tischrücken, die verschiedenen Arten des Psychographierens, die automatische Schrift, sowie die Trancezustände und ihre Symptome und hebt die Schädigungen hervor, welche durch dieselben hervorgerufen werden können.

Die beobachteten Krankheitsfälle lassen sich in 2 Gruppen teilen; in der ersten bildet der Spiritismus nur in soweit ein aetiologisches Moment, als er zu erheblichen Erregungen führte. Hierher gehören einige Fälle von akuten hallucinatorischen Erregungszuständen bei weiblichen Individuen mit günstigem Verlauf. Die Fälle in der 2. Gruppe möchte der Vortr. mit Forel als „autosuggerirten spiritistischen Besessenheitswahn" bezeichnen. Die hierher gehörigen beobachteten Fälle schlossen sich an übermässig betriebenes Psychographiren beziehungsweise automatisches Schreiben an. Diese spiritische Prozedur scheint besonders leicht die Vorstellung der Besessenheit hervorzurufen. Hieran reihen sich die Fälle von Doppelbewusstsein, gespaltener oder alternierender Persönlichkeit die bei ausgebildeten Medien häufig sind, jedoch nur selten in psychiatrische Beobachtung gelangen.

Hin und wieder ist eine eifrige Beschäftigung mit dem Spiritismus bereits ein Symptom einer beginnenden psychischen Störung, z. B. der Paralyse oder eines senilen Schwächezustandes. Das Fürwahrhalten des spiritistischen Dogmas an und für sich bildet jedoch keinen Beweis einer psychischen Abnormität. Der Spiritismus ist aufs engste mit dem Gemütsleben seiner Anhänger verwachsen und trägt vorwiegend den Charakter einer Religion.

Für neuropathische Individuen bildet eine intensive Beschäftigung mit dem experimentellen Spiritismus fraglos eine Gefahr. Auch abgesehen hiervon hat der Arzt Veranlassung den Auswüchsen des Spiritismus entgegen zu treten, da mit denselben die Kurpfuscherei in enger Beziehung steht. Die Vorführung von Trancezuständen, die vorwiegend als Auto-Hypnosen aufzufassen sind, in öffentlichen Versammlungen sollte aus denselben Gründen, wie die Vorführungen Hypnotisirter polizeilich verboten werden. (Autorreferat.)

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 16. März 1901.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

1. Herr **Moeli:** Ueber Hysterie, mit Krankenvorstellung. M. stellt 2 Männer vor. 1) einen 40jährigen vor 12 Jahren durch schweren Fall verletzten Kranken. Bei Gelegenheit gerichtlicher Untersuchung vor zehn Jahren wurde bereits Parese der linken Seite, Tremor, Analgesie und Hypästhesie, sowie eine Verschlechterung des Sehens links festgestellt. Die damalige Anstaltsbeobachtung und die genaue Darstellung in dem Gutachten ergaben keine Abweichungen der Pupillen, welche beide — auch die linke etwas weitere — gut reagirten. Jetzt von Neuem wegen verschiedener Schwindeleien in Untersuchung gezogen, zeigte X eine Aufhebung der Reaktion auf Licht beiderseits mit Verengerung bei Konvergenz. Die linke Pupille war dauernd viel weiter als die rechte. Eine Aenderung im Augenhintergrund war trotz mehrmonatlicher fortlaufender Beobachtung nicht festzustellen. Dagegen fand sich erhebliche Hyperopie links. Vom Auge und Ohr wurden, sobald die Benutzung dieser Sinneswerkzeuge dem Patienten bekannt war, überhaupt keine Empfindungen angegeben. Es wurde ein Anfall mit Angst und leichter Verwirrtheit in der Anstalt beobachtet. Der Kranke war sehr ungleichmässig und brachte eine Anzahl anscheinend von ihm ernsthaft gemeinter Ausreden über die ihm zur Last gelegten Handlungen und mehrfach unrichtige Behauptungen über seine Vergangenheit vor.

Die Prüfung mit dem Stereoskop und die unter besonderer Vorsicht vorgenommene Beobachtung im Dunkelzimmer erwies, dass mit dem linken Auge immerhin noch etwas gesehen werden musste. Der Telephonversuch ergab für das Gehör, dass bei gleichzeitiger Stromgebung in dem linken Hörer die durch Einschaltung einer Wassersäule veränderliche Stromstärke auf dem rechten Ohr, von welchem immer das Spiel des Hammers gehört wurde, verstärkt werden musste. M. legt Gewicht darauf, dass bei telephonischem Vorsprechen von Worten — bald rechts, bald links, bald beiderseits — eine gleichseitige Zuleitung zum Ohre wiederholt ein gewisses Zögern oder eine Unsicherheit der Antworten, eine überraschend dazwischen geschobene Reizung nur links zwar keine Antwort, aber zuweilen eine leichte mimische Bewegung, einige Male auch spurweise Bewegungen der Hand hervorrief.

Im Uebrigen waren die Zeichen der Hysterie so hervortretend, dass die vorhandene erst später eingetretene Lichtstarre und Zunahme der Mydriasis auf eine ausserdem noch vorhandene Affektion bezogen werden musste.

2) Etwa 62jähriger Mann in verwirrtem Zustand aufgefunden und zugeführt. Kann weder Familiennamen, noch Alter, noch Herkunft nennen. Meint ausser dem von ihm angegebenen Vornamen, müsse er noch anders heissen. Jahr? 1896 oder 1908. Sei viermal verheirathet gewesen. Beruf? Müsse kein schlechtes Geschäft gehabt haben, da er reine Hände habe. 2×3? = 7, 2×2? = 5. Will nicht sehen können, fixirt aber ein herabfallendes Geldstück. Spricht in unklarer Weise von Jesuiten und einer Reise in die Wüste. Hat am Hinterkopf und Nacken eine zwei Handtellergrosse analgetische und hypästhetische Stelle.

Zehn Tage unverändert. Es wird zunächst im Wachen durch Vorlegen der Kleider, der gezeichneten Strümpfe u. s. w. ein Theil des Namens und der Vorname in länger fortgesetzten Bemühungen und Vorsprechen aufgefunden. Am 14. Tage wird durch schwache Hypnose Namen, Alter, Stand, Beruf, Ereignisse der letzten Zeit etc. erinnerlich. Giebt an, dass er in bestimmter Strasse, wahrscheinlich durch Ausgleiten auf einem Obstreste auf den Hinterkopf gefallen, vom Polizei-Revier durch Droschke hergefahren sei u. s. w. Die bald nachher verschwundene Erinnerung lässt sich in allen Einzelheiten hypnotisch von Neuem hervorrufen.

M. knüpft an die Demonstrationen folgende Ausführungen: Der nur bei Hinlenkung der Aufmerksamkeit entstehende Ausfall von Sinneswahrnehmungen und willkürlichen Bewegungen wird für eine grosse Zahl von Fällen der Hysterie durch Autosuggestion nicht erklärlich. Weder ein bewusster Vorgang nach Art der Hypochondrie, noch ein möglicherweise eine Vorstellung überdauerndes Unlustgefühl ist durchweg nachweisbar, wenn auch die Rückführung der krankhaften Gefühle „auf ein intellektuelles Substrat" wahrscheinlich und der psychogene Charakter der Symtome sicher gestellt erscheint.

Der Vortragende hält unter diesen Umständen folgenden Zusammenhang für der Erwägung werth: Die Erwartung eines Sinneseindrucks, die lebhafte Vorstellung einer Sinneswahrnehmung oder willkürlichen Bewegung ist mit einer Erregung der bei der Wahrnehmung oder Bewegung selbst betheiligten nervösen Organe verbunden, resp. durch sie bedingt. Dies beweisen bestimmte Empfindungen und Bewegungen. (Gedankenlesen, Aenderung der Pupillen bei Vorstellungen). Ein Wegfall von Sinneswahrnehmungen auf psychischem Wege kommt auch sonst unter bestimmten Verhältnissen vor, (wofür Vortragender Beispiele anführt), er ist ein wesentlicher Bestandtheil der „Uebung". Auch die willkürliche Bewegung wird unter Umständen durch den Gedanken daran beeinflusst. — Bei besonderer Beschaffenheit oder Erschöpfbarkeit der nervösen Organe, die zu durch physikalische Einwirkungen geschädigten Theilen gehören, könnte die Sinneswahrnehmung ausfallen, weil die im zugehörigen Nervengebiete vorhandene Spannkraft bereits bei der Vorstellung verzehrt, oder doch in irgend welcher Weise gebunden wird. M. verweist noch darauf, dass ein plötzlich ohne jede merkliche Vorbereitung einbrechender Reiz unter Umständen eine Reaktion, wenn auch nicht eine Wahrnehmung gebe und bezieht sich namentlich auf die Untersuchung der Hörfähigkeit im ersten Falle.

Die Vorstellungsstörungen im zweiten Falle zeigen das charakteristische „Danebenantworten", wobei zwar nicht die richtige Einzelvorstellung ins Bewusstsein gehoben, aber doch der zur Frage gehörige generelle Vorstellungskreis erregt wird. M. erwähnt die Uebereinstimmung mit dem Ganser'schen Dämmerzustande, zugleich aber, dass auch der absichtlich falsch Antwortende, weil er den erregten richtigen Vorstellungs nicht ganz los werden kann, öfter einen ähnlichen Besc gebe. — Die Hypnose hat hier nur den traumatischen Urspr der schon aus dem Charakter des Leidens vermuthet w klargestellt und die weitere Behandlung erleichtert. Inwief Schlüsse auf den Ursprung der Anomalien unter besonde Voraussetzungen gezogen werden können (O. Voigt), müs weitere Beobachtungen und Betrachtungen lehren.

(Autorrefera

Herr Oppenheim betont, dass er nicht auf die aut gestive Entstehung der Gefühlsstörungen nach Traum sondern auf das mechanische Moment dabei Gewicht le Schwere Traumen mit unmittelbar sich anreihenden Störung und auch Reflexepilepsien deuteten darauf hin, dass Reiz in der Körperperipherie das Grosshirn rein dynamisch den beeinflussen könne, dass sich pathologische Reizerscheinun und im Anschluss daran auch Ausfallserscheinungen gelte machen.

Herr Moeli ergänzt seinen Vortrag und giebt He Oppenheim Recht.

2. Herr Kalischer. Ueber die Fürsorge für schwa begabte Kinder.

Vortr. hatte bei der Untersuchung von 400 Schulkinde 130 zurückgebliebene und zwar 79 körperlich Kranke, 15 n ausgeprägten Nervenleiden behaftete und 18 schwachbegab Kinder, also etwa 4% der Letzteren gefunden. Seine Erfa rungen hatte er in einer Schrift über Unterricht und Erzieh der schwachbegabten Kinder veröffentlicht. Inzwischen ha von der Schuldeputation die Erlaubniss erhalten, gesu Schulkinder zu untersuchen und seit 1898 mit einem Ohr Augen- und Kinderarzt die Untersuchungen vorgenomm Aus zehn Schulen wurden ihm nur diejenigen Schüler unterster drei Klassen, welche zwei Jahre oder länger Klassen zugebracht hatten, zur Untersuchung gestellt 2,5%. Der Schule wurden bestimmte Fragebogen übergeb nach denen ein Urtheil über die psychischen Fähigkeiten z erlangen gesucht wurde. K. unterschied vier Arten geistig Zurückbleibens, schwache Begabung, Schwachsinn leichtere und stärkeren Grades und Idioten. Er fand 0,7% Schwach begabte, 0,2% Schwachsinnige leichteren, 0,1% solche stärkeren Grades und 0,8 Idioten, und zwar acht im Alter von 13–14 Jahren. Es wurden auffallende Störungen bei diesen schwach begabten Kindern gefunden, Scrofulose, Drüsenschwellungen, Migräne, Schielen, Herzfehler, Wirbelsäulenverkrümmungen, Epilepsie, spastische Zustände, Syphilis u. a. Ein Kind, welches nach einer Verletzung einen Zustand von akutem Stupor darbot, hatte trotzdem die Schule weiterbesucht, ein anderes litt an periodischen Erregungszuständen. Die schwachbegabten Kinder wiesen 76% innere Krankheiten, 10% Krankheiten des Nervensystems, 64% Nasen-, 35% Sprachstörungen, ausserdem Herabsetzungen des Gehörs und der Sehschärfe auf. Vortr. wies darauf hin, wieviel Treppen ein Kind steigen muss, das z. B. morgens Semmel austragen muss, bevor es in die Schule geht. Die Schwachsinnigen wurden zu derartigen Beschäftigungen nicht herangezogen, weil sie sich nicht dazu eigneten. Von sittlich verwahrlosten Schülern traf er fünf an, die wegen Diebstahls, Hehlerei, Vagabondirens vorbestraft waren. Ein Schwachsinniger wurde von einem andern, der stahl, als Hehler benutzt. Einige waren tätowirt. Sie waren dauernd im Unterrichte scheu, leicht beleidigt, nichtswürdig, zänkisch, apathisch, boshaft. Eines Hilfsunterrichts bedürftig erwiesen sich 0,8% der Knaben und 0,4% der Mädchen, also 0,6%. Die Zahl stimme mit derjenigen überein, die in andern Staaten gefunden wurde. Für Berlin würden bei einer Gesammtzahl von 200 000 Kindern also 1000 in Frage kommen, die nur hemmend in

er Schule wirken. Da die Eltern vollkommen unfähig wären, enselben bei einfachem Herausnehmen aus der Schule wegen ıangelnder Befähigung etwas zu bieten, so verkämen sie änzlich. In andern Orten, z. B. in Cöln, würden die Eltern n Strafe genommen, wenn sie dem Wunsch des Lehrers oder ırztes zur Ueberweisung in eine Hilfsschule resp. Idiotenanstalt ›ei höherem Grad von Schwachsinn nicht folgen. Ebenso väre es in Anhalt, Schleswig-Holstein. Ein Nebenunterricht ür die Schwachbegabten neben dem gewöhnlichen Unterricht, vie er in Braunschweig gehandhabt würde, sei ganz verfehlt, la die Kinder noch mehr angestrengt würden, ohne etwas zu erreichen. Die sogenannten Nebenklassen, welche mit andern verbunden sind und von denen einige vorhanden sind, haben den Nachtheil, dass nicht genügend ausgebildete Lehrkräfte dafür vorhanden sind und dass es nur eine Klasse ist. Die nahe Verbindung mit den städtischen Schulen erscheint Vortr. nicht zweckmässig. Der Ehrgeiz würde durch den Wettstreit der schwachbegabten Kinder untereinander genügend geweckt. K. rühmt die Schule für Schwachbegabte in Charlottenburg, die aus mehreren Klassen besteht und über direkt vorgebildete Lehrkräfte verfügt. Welche Kinder sollen in die Hilfsschulen aufgenommen werden, welche in eine Anstalt? Der Vorschlag, diejenigen, die zwei Jahre in der untersten Klasse ohne Erfolg gesessen hätten, in dieselben zu schicken, sei nicht zu billigen, da einem schwachbegabten Kind in den zwei Jahren sehr geschadet werden könne. Es wäre zweckmässig, wenn die Schulärzte alle aufgenommenen Kinder untersuchten und gleich feststellten, welche für die Aufnahme in die Schule für Schwachbegabte geeignet sind, damit sie nicht erst ihren Muth vollkommen einbüssen. Die Kinder sollten ein Jahr in der Hilfsschule zur Beobachtung bleiben, um zu entscheiden, ob sie in eine Bildungsanstalt oder in eine Schule gehörten. Das erste Jahr solle also als Probejahr dienen. Idiotische, epileptische nnd moralisch Verkehrte müssen aus den Schulen ausgeschlossen werden. K. geht nun auf die Einrichtung der Schulen ein. Es sollten drei bis fünf Klassen sein, in denen die Schüler versetzt werden. Die Lehrer sollen aufrücken, damit die Kinder dieselben Lehrer behielten. Ein Kind, das für ein Fach, etwa Rechnen, befähigter ist, müsste in der entsprechend höheren Klasse an dem betreffenden Unterricht theilnehmen können. 20 Stunden in der Woche wäre das Höchste. Die Zahl der Kinder müsste eine beschränkte sein, in Berlin zwölf. Für die Lehrer sei zweifellos eine besondere Ausbildung nöthig; in Berlin geschieht dies in Dalldorf. Eine Centralschule würde genügen. Eine halbe Stunde dürfte nur unterrichtet werden; selbst dabei würde durch kleine Gesang-Marschübungen alle zehn Minuten eine Unterbrechung stattzufinden haben. Nach dem Unterricht sollten die Kinder zusammenkommen, wobei für Spiele gesorgt würde. Der Unterricht erstrecke sich auf Religion, Rechnen, Lesen, Schreiben, Heimathkunde, besonders aber auf die körperliche Entwicklung, durch Turnen, Freiübungen, Spiele u. dergl. K. berichtet sodann über den Unterricht in Idstein und Dalldorf. Die Kinder sollten im siebenten bis neunten Jahr aufgenommen werden und blieben zweckmässig bis zum fünfzehnten, damit sie für das Leben vorbereitet würden durch Handfertigkeitsunterricht. In einigen Schulen würde auch nach dem Austritt weiter gesorgt. In Sachsen würde jedem Handwerksmeister eine bestimmte Summe bewilligt, wenn er einen Schwachbegabten mit Geduld ausbildet. K. schloss mit dem Wunsche, dass für diese Kinder in den Hilfsschulen besondere Personalbogen geführt würden, die später der Militärbehörde zur Verfügung ständen. Im ganzen beständen in Deutschland bis jetzt 90 Hilfsschulen. Die erste sei 1867 in Leipzig gegründet.

Herr Möller bemerkt, der Vortr. hätte zur Feststellung der Intelligenz bei den Schulkindern die Pausen der Klassen nicht genügend berücksichtigt, und nur das Gedächtnis, nicht aber das Combinationsvermögen, besonders im Rechnen geprüft. M. ist über sieben Jahre städtischer Lehrer gewesen und hat in seiner Dissertation: „Ueber Intelligenzprüfungen" einige Wege zur Prüfung des Combinationsvermögens angegeben. Ferner seien die Schulversäumnisse der untersuchten Kinder nicht genügend festgestellt worden. Bei dem Widerwillen mancher Schulmänner gegen jede ärztliche Thätigkeit in der Schule, wäre nicht auf Berichtigungen von Seiten der Lehrer und Rektoren zu rechnen. Man müsste sich daher jedesmal die Listen und Pensenbücher für die Klasse, in welcher die Untersuchung stattfindet, vorlegen lassen. Der Vortr. habe geäussert, viele der Kinder, die in eine höhere Klasse abgeschoben wären, seien für die Untersuchung verloren gegangen. Dies ginge nicht so leicht, da der Lehrer der höheren Klasse dagegen Einspruch erheben würde. Für besondere Kurse des Lehrerpersonals für schwachsinnige Kinder tritt Redner ebenfalls ein. Die Ausbildung desselben an der Idiotenanstalt in Dalldorf wäre erwünscht. Eine Trennung der schwachsinnigen Kinder von den normalen sei schon deshalb nötig, weil die ersteren von den übrigen gehänselt würden, wodurch die Entwicklung schlechter Charaktereigenschaften begünstigt würde. Die Bosheit und Rachsucht der Imbecillen könnte zum Theil darauf zurückzuführen sein. Gegen die Errichtung einer Centralhilfsschule wendet M. die Schwierigkeit der zu weiten Wege bei der meist schlechten körperlichen Beschaffenheit der Kinder und den Gefahren des weltstädtischen Verkehrs ein. Für die leichteren Fälle von Schwachsin genügten die Hilfsklassen; für die schwereren sei eine mit einem Internat verbundene und auf dem Lande gelegene Hilfsschule vorzuziehen, wo die Kinder gleichzeitig die nöthige körperliche Pflege erhalten und sich gut entwickeln könnten.

Herr Kalischer dankt Herrn Möller für seine Ausführungen. Bei dem erwähnten Rektor wären sie in eine Falle gerathen, das Pensum war nicht klar gelegt, sodass sie den Schülern zum Theil Rechenaufgaben vorlegten, die schon für die nächste Klasse bestimmt waren. Bei Prüfung der Kombinationsfähigkeit, die unterlassen wurde, wäre noch eine viel grössere Anzahl schwachbegabter Kinder gefunden worden. Die Zeit war knapp, die Prüfung nur eine oberflächliche. Die Dissertation des Herrn Möller sei ihm wohl bekannt. Er glaube, dass bei Kindern von sechs Jahren durch eine schnelle Untersuchung Imbecillität festgestellt werden könne. Es komme mehr darauf an zu eruiren, dass die Kinder in der Schule nicht mitkommen können.

M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verschlimmerung eines Magenleidens etc. durch einen Unfall.

Rek.-Entsch. vom 21. Juni 1900.

Der Postillon W. H. zu Hannover wurde am 2. Oktober 1896, als er im Begriff war, Pferde vor einen Postpaketwagen zu spannen, von dem Wagen überfahren. Nach dem Zeugniss seines Arbeitsgebers vom 21. März 1899 ist er seit dem Unfall kränklich und leidend, so dass er mit schweren Arbeiten verschont wurde. Nach dem Attest des Arztes des Genesungshauses Königsberg bei Goslar vom 28. Februar 1898 befindet sich der Kläger seit dem 17. Januar 1898 dortselbst, litt bei seiner Aufnahme zunächst an chronischem Magenkatarrh und klagte über Schmerzen bei Druck dicht unterhalb des Brustbeins und oberhalb des Nabels; ferner litt er an einer, wahrscheinlich tuberkulosen Erkrankung der linken Lungenspitze.

Der Arzt nimmt mit Sicherheit, wenigstens mit allergrösster Wahrscheinlichkeit an, dass das Lungenleiden durch das Ueberfahren hervorgebracht ist, zumal der Kläger gleich nach dem Unfall und auch noch am nächsten Tage erhebliche Mengen Blut ausgehustet habe. Dasselbe sei auch bezüglich des bald darauf aufgetretenen Magenleidens leicht möglich, durch Bescheid vom 4. Juli 1899 wurde dem Kläger mitgetheilt, dass ihm eine Rente für die Unfallfolgen nicht gewährt werden könne, da nicht erwiesen sei, dass Magen- und Lungenleiden auf den Unfall zurückzuführen seien. Der Kläger habe schon vor dem Unfall, vom 11. April bis 25. Mai 1896 an fieberhaftem Magenkatarrh gelitten, und andererseits sei das Lungenleiden erst im Februar 1898 festgestellt worden. Gegen die Abweisung ist frühzeitig Berufung eingelegt worden. Das Schiedsgericht sprach aber dem Kläger eine Rente zu, da es durch das ärztliche Gutachten für durchaus wahrscheinlich gemacht erachtet, dass die den Kläger behaftenden Leiden Folgen des Unfalles sind. Die Thatsache, dass der Kläger schon vor dem Unfall einmal magenkrank gewesen sei, steht dem nicht entgegen, da es sich damals um eine einmalige vorübergehende Erkrankung handelte, andererseits aber spricht der Bluthusten nach dem Unfall für eine innere Beschädigung der Lungen und es ist nicht ausgeschlossen, dass das Lungenleiden erst im Laufe der Zeit solche Ausdehnung angenommen hat, dass es erst nach $1^{1}/_{4}$ Jahr ärztlich festgestellt wurde. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt ein und überreichte ein Gutachten des Dr. K. in H., auch wurde der Einwand der Verjährung erhoben. Auf Beschluss des Rekursgerichts ist Professor Dr. R. in B. um ein Gutachten darüber ersucht worden, ob das gegenwärtige Magen- und Lungenleiden des Klägers durch den Unfall vom 2. Oktober 1896 verursacht oder wenigstens in seiner Entwickelung wesentlich beschleunigt worden sei. Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsraths S. wies alsdann den Rekurs aus folgenden Gründen zurück: Der von der Berufsgenossenschaft erhobene Einwand der Verjährung greift nicht durch. Nach Ausweis der Akten der Berufsgenossenschaft ist der Unfall seiner Zeit vorschriftsmässig gemäss § 51 des Unfallversicherungsgesetzes zur Anzeige gelangt, und es hat die Einleitung des Feststellungsverfahrens durch persönliche Verhandlung mit dem Verletzten und durch Herbeiführung einer Unfalluntersuchung stattgefunden. Von einer ausdrücklichen Bescheidertheilung ist abgesehen worden, weil nach Ablauf der dreizehnwöchigen Wartezeit keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit festzustellen war. Der Thatbestand liegt daher ähnlich wie derjenige, welcher der Rekursentscheidung 1230, „Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts", 1893, Seite 177 zu Grunde lag. Der Einwand des Fristablaufs nach Abs. 1 des § 59 des Unfallversicherungsgesetzes kann danach auch im vorliegenden Falle mit Erfolg nicht mehr erhoben werden. In der Sache selbst kann der übrigens auch schon von Dr. A. zu G. in dem Gutachten vom 28. Februar 1898 anerkannte ursächliche Zusammenhang zwischen dem Magen- sowie Lungenleiden des Klägers und seinem Anfalle vom 2. Oktober 1896 nach dem Obergutachten des Professors Dr. R. vom 21. Mai 1900 nicht mehr zweifelhaft sein. Durch den Unfall ist, wie Professor Dr. R. ausführt, das Magenleiden verschlimmert worden, während das Lungenleiden mit dem Unfall mittelbar ursächlich insofern zusammenhängt, als die durch das Magenleiden herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Gesammtorganismus die Entstehung eines tuberkulösen Lungenprozesses begünstigt oder der weiteren schnelleren Entwickelung eines bereits bestehenden Prozesses Vorschub geleistet hat.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dienstanweisung für die Kreisärzte. Nebst einem Anhange, enthaltend Formulare und eine Auswahl von Gesetzen, Verordnungen und Ministerialerlassen. Berlin 1901. Richard Schoetz. 279 S. 4 M.

Es liegt uns zunächst nur ob, das Erscheinen der für die ganze nächste Entwickelung des Medizinalbeamtenthums massgeblichen Dienstanweisung zu verzeichnen. Von berufenster Seite wird der Inhalt des Werkes demnächst in unserer Zeitschrift gewürdigt werden. Dafür, dass das Buch in seinen äusseren Eigenschaften den Interessen der Leser entspricht, hat die Verlagshandlung in bekannt vortrefflicher Weise gesorgt.

Wir möchten noch darauf hinweisen, dass auch die durch die Dienstanweisung den Kreisärzten zur Benutzung vorgeschriebenen Formulare im Verlage von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse 36, erschienen sind.

Praun, Dr. E., Augenarzt in Darmstadt. **Tafel zur Bestimmung der Sehschärfe mittelst der Uhr.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1901.

Verf. benutzt das Erkennen der Uhr als Massstab für die Sehschärfe. Seine Tafeln zeigen eine Anzahl Kreise, in welche zwei dicke Striche als Radien eingezeichnet sind. Diese repräsentiren den grossen und kleinen Zeiger der Uhr. Durch Drehung der Quadrate der Probetafel lässt sich eine grosse Verschiedenheit der Zeigerstellungen erreichen. Wir möchten darauf hinweisen, dass die auf diese Weise erhaltenen Werthe für die Sehschärfe nicht ohne Weiteres den nach den Snellenschen Prinzipien gefundenen vergleichbar sind.

Groenouw.

Wilhelm Weygandt, Dr. phil. et med. **Die Behandlung idiotischer und imbeziller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung.** Würzburg. A. Stuber's Verlag. 1900.

Als Aufgabe setzt sich der Verfasser, dem Pädagogen alles das, was von ärztlicher Seite brauchbares zur Behandlung der Idiotie und Imbezillität geboten wird, in verständlicher und zugleich kritischer Weise darzustellen, und andrerseits auch dem Arzt die wichtigsten und werthvollsten Seiten der pädagogischen Behandlungsweise übersichtlich vorzuführen.

Nach kurzer historischer Einleitung wird die Definition und Klassifikation, Atiologie und pathologische Anatomie sowie die klinische Eintheilung (bildungsunfähige Idioten, anergetische und erethische Form der Idiotie und Imbezillität) und schliesslich die Differentialdiagnose von den degenerativen Geistesstörungen (sexuelle Psychopathieen, das impulsive Irresein, Hebephrenie) kursorisch besprochen.

Der Hauptheil des Buches ist der Behandlung gewidmet. Verfasser wendet sich gegen Pelmans Ausspruch, dass die heilende Thätigkeit des Arztes auf diesem Gebiete keinen Boden finde, und spricht seine Meinung im Allgemeinen dahin aus, dass zur Beaufsichtigung aller therapeutischen Einflüsse der entsprechend vorgebildete Arzt, zur speziellen Durchführung der im Wesentlichen psychischen Behandlung besonders vorgebildete Lehrer resp. Lehrerinnen am Platze seien.

Die Behandlung wird in 4 Kapiteln besprochen. Zuerst die Prophylaxe; (Erblichkeit, Heirath mit Geisteskranken, Belasteten, Blutverwandten, Alkohol, Schwangerschaft). Bei der ursächlichen Behandlung, bei der im wesentlichen nur negative Resultate verzeichnet werden, wendet sich der Verfasser gegen die Lannelongue'sche lineare Kraniektomie, deren Vor-

ussetzungen nach ausgedehnten Untersuchungen Bournevilles nd Morsellis falsch sind. Die Kleinheit des Hirns ist Ursache, nicht Folge der Kleinheit des Schädels. In Betracht kommt symptomatisch allenfalls die Punktion der Seitenventrikel. Im dritten Kapitel wird zunächst die körperliche Behandlung der Krämpfe, Sinnesstörungen und die des Kretinismus erörtert; es wird dabei auf die Beseitigung etwaiger adenoider Vegetationen im Nasenrachenraum, die Ernährungs-, Reinlichkeitsfrage, Onanie, Taubstummheit hingewiesen. Den breitesten Raum nimmt in diesem Abschnitt die psychische Behandlung ein. Es werden die Entwickelung der Aufmerksamkeit, der Sinnesthätigkeit, der Motilität, der Sprachfähigkeit, die Uebung des Gedächtnisses, Bekämpfung übler Gewohnheiten, Unterricht in Kenntnissen und Handfertigkeiten, Entwickelung der Willens- und Gefühlssphäre erörtert und manche praktische Winke ertheilt.

Im folgenden Abschnitt wird ein Verzeichniss von 74 Anstalten für solche Kinder gegeben, im Anschluss daran die Frage der Hilfsschulen (1898 gab es 56 in Deutschland) erörtert. Verfasser vertritt den Standpunkt, dass deren Leitung entsprechend vorgebildeten Pädagogen überlassen bleiben solle, wenn zu der Einschulung und Ueberwachung der Kinder ein psychiatrisch und psychologisch gebildeter Arzt mitwirke. Verfasser verlangt weiter vom Staat regere Fürsorge für die Idioten, vermisst entsprechende Fürsorge für erwachsene Idioten, deren Mangel sehr oft die jahrelange aufgewendete Mühe zu nichte werden lassen. Den Schluss der Ausführungen bildet die Besprechung der Prognose des angeborenen Schwachsinns, die Aufforderung zum Kampf gegen den Alkohol, zur Errichtung von Hilfsschulen und zur Heranziehung geeigneter Aerzte bei Erledigung der hier in Betracht kommenden Frage. Samuel-Pankow.

Nobiling-Jankau: Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung XII. Die Prophylaxe in der Augenheilkunde von Professor Dr. Königshöfer. München 1901.

Verfasser theilt die Prophylaxe der Augenerkrankungen in eine allgemeine, eine spezielle und eine Prophylaxe der verschiedenen Lebensalter. Wir wollen hier nur das anführen, was in den Rahmen dieser Zeitung gehört. Dem Auge drohen zunächst von aussen wirkende Schädlichkeiten, nämlich mechanische Einwirkungen, also Verletzungen, ferner chemische und physikalische Einwirkungen, namentlich Blendung, Hitze und Verätzung. Unter den von innen kommenden Schädigungen sind die Intoxikationen hervorzuheben. Bei den funktionellen Schädlichkeiten spielt die Art und Weise, wie wir arbeiten, und die Qualität und die Quantität dessen, was wir arbeiten eine wichtige Rolle. Hierher gehört die Frage einer genügenden Beleuchtung und der Verhütung der Myopie. Bei der speziellen Prophylaxe finden die einzelnen organischen und funktionellen Augenkrankheiten und die Mittel zu ihrer Verhütung Besprechung, wobei der Myopie und der Verhütung einer Zunahme derselben besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die bei Allgemeinerkrankungen auftretenden Augenleiden sind einer Prophylaxe wenig zugänglich, um so wichtiger ist die richtige Erkennung des ursächlichen Momentes, da hiervon die Behandlung abhängt. Die Gewerbe-, Unfall- und Intoxikationsprophylaxe werden gemeinsam abgehandelt und dabei die verschiedenen Schutzmassregeln und Schutzbrillen besprochen. Eine Prophylaxe gegen hereditäre Augenleiden wird wohl stets ein frommer Wunsch bleiben, da der Rath des Arztes bei einer Verheirathung fast nie eingeholt wird. Bei der Prophylaxe der verschiedenen Altersklassen empfiehlt Verfasser, den Kindern nicht zu frühzeitig die Beschäftigung mit feinen Nahearbeiten zu gestatten. Groenouw.

Biechele, Dr. Max, Anleitung zur Erkennung und Prüfung aller im Arzneibuch für das Deutsche Reich (vierte Ausgabe) aufgenommenen Arzneimittel. Zugleich ein Leitfaden bei Apotheken-Visitationen für Gerichtsärzte, Aerzte und Apotheker. X. Auflage. Berlin, Jul. Springer. 1901. M. 5,—.

Nachdem die 9. Auflage dieses so beliebten Büchleins schon seit zwei Jahren im Buchhandel vergriffen war, liegt uns nun die 10. Auflage desselben vor; während die äussere Form der Besprechung der einzelnen Untersuchungsmethoden dieselbe geblieben ist, trägt die jüngste Auflage allen Aenderungen derselben, welche das neu erschienene vierte Arzneibuch für das Deutsche Reich verlangt, vollauf Rechnung durch Neubearbeitung des Textes sowohl, als auch durch Hinzufügen mehrerer neuer Tabellen. Die Ausstattung des Werkchens ist ebenso hübsch und elegant wie die der früheren Auflagen. Schlockow.

Tagesgeschichte.

Die neue Kreisärztliche Prüfungsordnung.

Unter dem 3. April hat der Staatsanzeiger eine Prüfungsordnung bekannt gegeben, durch welche die Befähigung zur Anstellung als Kreisarzt anders als durch die bisherigen Bestimmungen über die Physikatsprüfung geregelt wird. Die Aenderungen sind sehr erheblich und stellen fast sämmtlich Verschärfungen dar.

Das Erste, was neu gefordert wird, ist der Nachweis, dass der Kandidat „während oder nach Ablauf seiner Studienzeit an einer Universität des Deutschen Reiches a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht, b) mindestens ein Halbjahr lang an der Psychiatrischen Klinik als Praktikant mit Erfolg theilgenommen, c) einen pathologisch-anatomischen, einen hygienischen und einen gerichtlich-medizinischen Kursus, jeden derselben von mindestens dreimonatiger Dauer, in einem Universitätsinstitut des Deutschen Reiches durchgemacht hat."

Der Sinn des Satzes ist zweifellos im Allgemeinen nur zu billigen: sowohl die starke Betonung einer gerichtlich-medizinischen als die Forderung einer praktischen irrenärztlichen, hygienischen und pathologisch-anatomischen Vorbildung für den künftigen Kreis- und Gerichtsarzt ist gerechtfertigt. Eine Stelle dagegen erregt im Sinn wie im Wortlaut erhebliche Bedenken: Die irrenärztliche Ausbildung soll, wenn sie auf der Universität nicht im Sinne der neuen Prüfungsordnung erlangt ist, an ein nachträgliches halbjähriges Praktiziren an einer Universitätsklinik gebunden sein. Abgesehen davon, dass es uns zweifelhaft ist, ob überall nicht immatrikulirte Hörer zum „Praktiziren" in der Klinik zugelassen werden, könnte der Betreffende doch gewiss auch in einer Irrenklinik volontirt oder assistirt haben! Dann bleibt es aber immer noch unbillig, dass nicht auch die Beschäftigung an andern grossen Irrenanstalten, z. B. Provinzial- oder Kommunalanstalten, eine genügende Vorbildung in sich schliessen soll. Es heisst doch, die Bedingungen übermässig erschweren, wenn man z. B. Jemanden zurückweist, der auf der Universität gar keine Gelegenheit gehabt hat, Psychiatrie zu treiben, aber später Jahre lang an einer grossen Anstalt assistirt hat.

Nicht ohne Hinweis darf auch die Thatsache bleiben, dass ein wirklich erfolgreiches „Praktiziren" nur da möglich ist, wo ein ausreichendes Krankenmaterial ausgiebig verwerthet werden kann, nicht aber, wenn, wie zur Zeit in Breslau, eine eigentliche Irrenklinik nicht besteht. Hier, wie bei den gerichtlich-medizinischen Kursen, die doch an gerichtsärztliches Material gebunden sind, wird es sich rächen, wenn nicht dem

Studenten an jeder Universität gleichmässig Gelegenheit zu diesem Theil der Ausbildung gegeben wird. Eine Irrenklinik und ein gerichtsärztliches Institut darf eigentlich unter der Geltung der neuen Prüfungsordnung an keiner preussischen Universität mehr fehlen!

Bezüglich der Probearbeiten sind gleichfalls ein paar nicht unwesentliche Aenderungen zu verzeichnen. Es heisst nicht mehr: Die zweite Arbeit kann statt aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege aus dem der Psychiatrie entnommen sein, sondern: die eine ist aus dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, die andere aus dem der gerichtlichen Medizin oder der Psychiatrie zu entnehmen. Eine Veränderung, deren guter Sinn ohne weiteres einleuchtet! Allerdings klingt es etwas seltsam, dass nun folgerichtiger Weise der fingirte Obduktionsfall' häufig an irrenärztliche Arbeiten angeschlossen werden muss. Besonders hervorgehoben ist in der neuen Ordnung die Forderung gedrängter Kürze, die sogar eine in der Regel innezuhaltende Beschränkung der Seitenzahl — 60 Bogenseiten ausschliesslich des erdichteten Falles — vorschreibt. Es ist gewiss anerkennenswerth, dass der Kandidat einen solchen Anhaltspunkt von vornherein bekommt. Freilich ist „60 Bogenseiten" ein ungemein dehnbarer Begriff.

Ganz neu und überraschend ist es, dass „auf Grund wissenschaftlich erprobter Leistungen" dem Kandidaten ausnahmsweise eine oder beide Ausarbeitungen erlassen werden können. Solcher Befreiung vom bureaukratischen Formalismus kann man nur freudig zustimmen. Denn das wollen wir uns doch nicht verhehlen, dass durch die Arbeiten doch höchstens die Fähigkeit zu wissenschaftlicher Vertiefung in ein gegebenes Thema nachgewiesen werden kann. Wer gezeigt hat, dass es bei ihm zu solcher Vertiefung nicht erst staatlichen Zwanges bedarf, dem kann man das halbe Jahr, das ihn die Arbeiten kosten, wohl ruhig schenken.

Bedeutend erweitert ist die „praktisch-mündliche" Prüfung. Sie wird in vier Abschnitte zerfallen: I. Medizinal-Gesetzgebung und -Verwaltung, II. Oeffentliche Gesundheitspflege, III. Gerichtliche Medizin, IV. Gerichtliche Psychiatrie.

Im ersten Abschnitt, der im Medizinalministerium abgelegt wird, hat der Kandidat zu beweisen, dass er die Organisation des Medizinalwesens, die Dienstanweisung für Kreisärzte — ein Werk, auf das wir an anderer Stelle zurückkommen —, das Apotheken- und Hebammenwesen und die geltenden sanitätspolizeilichen Bestimmungen gründlich kennt. Er wird nicht nur mündlich geprüft, sondern hat auch schriftlich unter Klausur eine „praktische Aufgabe" aus dem Gebiete der Medizinal- und Sanitätspolizei zu lösen. Es wäre zu wünschen, dass bei diesen Aufgaben keine Fälle fingirt, sondern, ähnlich wie beim Assessor-Examen, wirkliche Fälle aus dem umfangreichen grossstädtischen Material ausgewählt würden.

Die Prüfung über öffentliche Gesundheitspflege und hygienische Bakteriologie, welche im hygienischen Institut der Universität stattfinden soll, wird gleichfalls mit einer praktischen Arbeit verbunden werden, doch handelt es sich hier nicht um eine schriftliche Ausarbeitung, sondern um eine „einfachere Aufgabe aus dem Gebiete der hygienischen Untersuchungsmethoden, die zu lösen und ihrem Gange nach mündlich zu erläutern sein wird."

In der gerichtlich-medizinischen Prüfung hat sich die Vorschrift über das mikroskopische Präparat vortheilhaft verändert: Der Prüfling selbst wählt in der Regel einen ihm für die Beurtheilung des Falles wichtig erscheinenden Leichentheil zur Untersuchung aus und erläutert den Befund. Allerdings kann der Examinator auch einen anderen Leichentheil vorlegen.

Dadurch, dass die vier Abschnitte streng getrennt sind und in jedem dem Examinator ein bestimmtes Feld vorgeschrieben ist — in dem bisher unerwähnten psychiatrischen wird gerichtliche Psychiatrie und psychiatrische Gesetzeskunde geprüft — ist sozusagen examenstechnisch eine neue und vortheilhaftere Sachlage geschaffen. Es ist nicht Jedermanns Sache, seinen Geist in wenigen Minuten auf ganz verschiedene Wissensgebiete einzustellen und umzuschalten, manchen sonst Wohlbewanderten macht es verwirrt, wenn er rasch nacheinander die Wirkung der Hirnschüsse, die Eintheilung einer Apotheke und die Eigenschaften des Pestbazillus beschreiben soll. — Dergleichen wird jetzt nicht mehr nöthig sein.

Die Gebühren für die Prüfung sind erhöht. Statt der ehrwürdigen „26 Thaler" heisst es jetzt „110 Mark."

Damit erschöpft sich im Wesentlichen, was über Unterschiede zwischen dem alten Physikatsexamen und der seit dem 1. April giltigen Kreisärztlichen Prüfungsordnung zu sagen ist. Wichtig ist noch die Uebergangsbestimmung, wonach die vor dem 1. April 1901 staatlich geprüften Aerzte, wenn sie sich binnen 3 Jahren nach der Approbation melden, die Kreisarztprüfung auf ihren Antrag noch nach den alten Vorschriften ablegen dürfen.

Die neue Prüfung ist im Ganzen entschieden besser, als die alte war, aber auch bedeutend schwerer. Sie bildet ein Seitenstück zu der Dienstordnung vom 23. März 1901. In beiden kommt zum Ausdruck, dass der Staat von seinen Medizinalbeamten viel mehr als früher zu verlangen gesonnen ist. Die Pflicht des Staates, die bürgerliche Existenz dieser Beamten würdig zu gestalten, wird dadurch in schärferes Licht gerückt.

Obligatorische Leichenschau.

Ueber die Einführung der Leichenschau in Preussen haben die Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern an die Regierungspräsidenten einen Erlass gerichtet, worin es heisst: „Die Einführung der allgemeinen obligatorischen Leichenschau im Wege der Gesetzgebung ist in naher Zeit voraussichtlich nicht zu erwarten. Dagegen empfiehlt es sich, die im öffentlichen Interesse wünschenswerthe Leichenschau im Wege der Polizeiverordnung überall da einzuführen, wo sie nach den gesammten örtlichen Verhältnissen durchführbar erscheint und erwartet werden kann, dass die mit ihr verfolgten Zwecke erreicht werden können. Als Leichenschauer werden im Allgemeinen ausser den approbirten Aerzten auch andere geeignete Personen, die ihre Befähigung durch eine Prüfung vor dem zuständigen Medizinalbeamten nachgewiesen haben, zu bestellen sein. Die Beschränkung auf approbirte Aerzte wird nur da in Frage kommen können, wo Aerzte ohne Schwierigkeit zu erlangen und auch vom Standpunkte der wirthschaftlichen Interessen Bedenken hiergegen nicht zu erheben sind. Im Interesse der leichteren Durchführung der Leichenschau legen wir ferner Werth auf eine Bestimmung, wonach jeder approbirte Arzt an Stelle der amtlich bestellten Personen dann nicht mehr erforderlich ist, wenn von dem Arzte welcher den Verstorbenen in der letzten Krankheit behandelt hat, der erfolgte Tod und die Todesursache bescheinigt ist."

B.

Schul- und Schülerhygiene.

Der Kultusminister hat unter dem 30. März d. J. folgende auf die Schul- und Schülerhygiene bezügliche Verfügung erlassen:

„Der allerhöchste Erlass vom 26. November 1900 betreffend e Fortführung der Schulreform bestimmt unter Nummer 3, chlussabsatz, dass die Anordnung des Stundenplanes mehr er Gesundheit Rechnung zu tragen habe, insbesondere durch ngemessene Lage und wesentliche Verstärkung der bisher ı kurz bemessenen Pausen. Mit Bezug darauf verfüge ich: . Die Gesammtdauer der Pausen jedes Schultages ist in der Veise festzusetzen, dass auf jede Lehrstunde zehn Minuten 'ause gerechnet werden. 2. Nach jeder Lehrstunde muss eine 'ause eintreten. 3. Es bleibt den Anstaltsleitern überlassen, ie nach 1. zur Verfügung stehende Zeit auf die einzelnen 'ausen nach ihrem Ermessen zu vertheilen. Jedoch finden labei zwei Einschränkungen statt: a) Die Zeitdauer jeder Pause st mindestens so zu bemessen, dass eine ausgiebige Luftrneuerung in den Klassenzimmern eintreten kann, und die Schüler die Möglichkeit haben, sich im Freien zu bewegen;) nach zwei Lehrstunden hat jedesmal eine grössere Pause einzutreten." B.

Freie Vereinigung von Aerzten und Beamten des Arbeiterversicherungswesens.

Wir haben Nachricht bekommen von der Bildung einer freien Vereinigung von Aerzten und Beamten des Arbeiterversicherungswesens. Diese Vereinigung hält ihre Sitzungen in einem hiesigen mediko-mechanischen Institute. Wir halten die Idee einer solchen Vereinigung nicht für eine glückliche. Bei der Arbeiterversicherung stehen die Interessen der Berufsgenossenschaften und der Verletzten einander gegenüber. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Berufsgenossenschaften und deren Beamte ein Interesse haben, ihre Ausgaben für Unfallentschädigungen möglichst herabzusetzen, während es andererseits im Interesse der Unfallverletzten liegt, ihre Unfallsfolgen möglichst ausgiebig entschädigt zu haben. Zwischen diesen beiden Interessenten steht als Unparteiischer wie ein rocher de bronce, auf welchen sich das Urtheil des entscheidenden Richters stützt, der ärztliche Sachverständige. Da ist es unserer Ansicht nach nicht angängig, dass dieser sich einseitig mit den Vertretern der einen Partei zusammenfindet. Was würde man dazu sagen, wenn sich nun als Gegenstück zu dieser Vereinigung eine freie Vereinigung von Aerzten und Rechtsanwälten der Unfallverletzten bildete? Solche einseitigen Vereinigungen tragen nicht dazu bei, die gegenseitige Verbitterung, welche sich bei jedem Kampfe widerstreitender Interessen leicht bildet, zu mildern. B.

Vertrauensärztliche Organisation.

Etwas Aehnliches wie ein solches Gegenstück zu der oben erwähnten Vereinigung von Aerzten und Beamten des Arbeiterversicherungswesens ist denn nun auch bereits, nur in etwas grösserem Stile und mit journalistischer Strebsamkeit in die Erscheinung getreten. Der „Deutsche Versicherten-Verband" zu Leipzig versendet mit seinem Organ „Die Unfallversicherungs-Praxis" ein Rundschreiben an die Aerzte zur Bildung einer „vertrauensärztlichen Organisation", wozu sich angeblich für diesen Verband ein Bedürfniss herausgestellt hat. Derselbe fragt also in diesem Rundschreiben bei Aerzten an, ob sie das Amt als Vertrauensarzt des deutschen Versicherten-Verbandes annehmen wollen; Bedingung ist ein Beitrag von 20 Mk. jährlich, wofür sie das Verbandsorgan, welches von einem Juristen redigirt wird, und welches sonst 16 Mk. jährlich kostet, gratis erhalten und wofür ihnen auch die Zusendung einer Sammlung von Obergutachten bekannter ärztlicher Autoritäten (wie sie übrigens den Amtlichen Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts entnommen sind und auch in allen anderen Zeitschriften wie in unserer Zeitung regelmässig veröffentlicht werden) versprochen wird. — Nun, wir meinen, das Studium dieser Gutachten ist ja gewiss gut und nützlich, aber allein für sich wird dasselbe einen Arzt auch nicht über das für die Begutachtung von Unfallverletzten nothwendige Wissen informiren. Zu diesem Zweck sind denn doch die **ärztlichen** Lehrbücher mehr zu empfehlen. — Wir können daher diesem journalistischen Ansturm von juristischer Seite gegen das ärztliche Publikum nicht das Wort reden; wir stehen vielmehr auf dem Standpunkt, dass die beste Vorbereitung für die ärztliche Gutachterthätigkeit sich ergiebt aus dem Studium der betreffenden Lehrbücher und aus der Lektüre derjenigen Zeitschriften, welche vom ärztlichen und speziell vom gerichtlich-medizinischen Gesichtspunkt aus, wie unsere Zeitung es thut, sich mit diesem Thema beschäftigen. B.

Zur Streichung der Abtheilung „Unfallheilkunde" auf der Naturforscherversammlung.

Sehr im Gegensatz zu unsern Ausführungen in voriger Nummer treten in der Monatsschrift für Unfallheilkunde Riedinger-Würzburg und Thiem-Cottbus mit Erbitterung gegen den Beschluss, keine eigne Abtheilung für Unfallheilkunde auf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung zu schaffen, ein.

Riedinger argumentirt folgendermassen: Will man in der Versammlung den Geist des Spezialismus unterdrücken, so ist die Massregel eine halbe, dann müsste noch viel mehr verschmolzen werden. Aber „man verkennt den Geist der Versammlung vollständig", wenn man eben jene Absicht hat. Der Zusammenschluss von Fachgenossen sei berechtigt, die Praxis selbst habe die Arbeitstheilung vollzogen. Zwar sei es die Aufgabe der Naturforscher-Versammlung, ein einseitiges Aufgehen im Speziellen zu verhüten, aber da sei es zweckmässiger, wie Edinger vorschlage, die Zahl der Abtheilungen auf 4—5 zu beschränken und die bisherigen als Unterabtheilungen fortbestehen zu lassen. Wenn man sich statt dessen mit halben Massregeln begnüge, so dürfe man nicht Abtheilungen streichen, die an Mitgliederzahl und Interesse „nicht die letzten" seien.

Ferner sei grade die Abtheilung für Chirurgie, die die Unfallheilkunde am ehesten in sich aufnehmen könnte, so wie so überlastet.

Als weiteren Grund führt R. eine „Rivalität zwischen den Vertretern der gerichtlichen Medizin und denen der Unfallheilkunde" auf. Eine Aussicht, die Vertreter beider Disziplinen zu gemeinsamer Tagung unter Führung der gerichtlichen Medizin je wieder zu vereinigen, sei kaum vorhanden. Diese Rivalität sei dadurch genährt worden, dass man das Unfallwesen als blosse „Sachverständigenarbeit" angesehen habe, die hauptsächlich dem beamteten Arzt zufallen müsse. Das sei falsch. Die Unfallheilkunde wolle insbesondere auch eine therapeutische Disziplin sein und liege als solche den beamteten Aerzten gänzlich fern.

Wenn man endlich der Unfallheilkunde die Berechtigung als „Spezialität" aberkenne, weil sie kein wissenschaftliches Eintheilungsprinzip für sich habe, so sei auch dies falsch. Durch die soziale Gesetzgebung sei für die Unfallheilkunde oder richtiger für die „sozialmedizinische Praxis" eine Einheit der Materie geschaffen, die einen genügenden Grund für den Zusammenschluss ihrer Vertreter bilde.

Thiem fügt hinzu, seit 7 Jahren sei er gegen den stets wachsenden Widerstand der Geschäftsausschüsse bemüht gewesen, eine selbständige Abtheilung zu schaffen, in der die zur Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter und Invaliden berufenen Aerzte ihre Erfahrungen und Meinungen aus-

tauschen könnten. Er habe dies Jahr selbst die Bitte ausgesprochen, in den wissenschaftlichen Ausschuss der Gesellschaft gewählt zu werden, um in diesem Sinne wirken zu können. Dies sei ihm rundweg abgeschlagen worden. Er schliesst:

„Man will uns also in Hamburg nicht oder will wenigstens dort keine Besprechung der Unfall- und Invalidenangelegenheiten auf einer besonderen Abtheilung!"

Sind all diese Darlegungen, im Lichte einer objektiven Kritik betrachtet, wirklich stichhaltig? Nein, und abermals nein!

Zunächst der Kampf gegen die Halbheit, die in der bloss mässigen Beschränkung der Abtheilungszahl liegt! Nun, wir würden auf andern Gebieten, etwa auf dem politischen, nicht weit kommen, wenn wir immer da, wo man sich über die Reform von Grund aus nicht einigen kann, die Reform im Kleinen unterliessen. Solchem Doktrinarismus soll doch nicht gehuldigt werden. Nichts ist natürlicher, als dass man, um allzugrosser Zersplitterung zu wehren, Sektionen zusammenlegt, deren Theilnehmer und Vortragszahl nicht gross ist, vorausgesetzt, dass die Interessenten einigermassen gemeinsam sind. Nun wenn die Anatomen sich ohne Murren mit den Physiologen vereinigen lassen, können es die „Sozialmedizinischen Praktiker", um mit Riedinger zu reden, und die Gerichtsärzte auch. Denn darüber täuschen doch Riedinger und Thiem sich selbst nicht, dass in der reichlichen Hälfte der Fälle die Personen jener beiden Gruppen identisch miteinander sind. Dieser oder jener mag es missbilligen, dass die Medizinalbeamten zur Unfallbegutachtung viel herangezogen werden — thatsächlich werden sie's aber doch. Im Interesse der Sache ist es gewiss kein Fortschritt, wenn man grade ihnen die Theilnahme am Meinungs- und Erfahrungsaustausch auf diesem Gebiete erschwert.

Dass, allgemein gesprochen, eine Rivalität zwischen den Vertretern der gerichtlichen Medizin und denen der Unfallheilkunde besteht, ist ein gründliches Missverständniss. Wir bestreiten einer bestimmten geschlossenen Gruppe, die diese Rivalität betont, das Recht, sich „die" Vertreter der Unfallheilkunde zu nennen. Dass die Sachverständigenthätigkeit ein festes Band ist, welches die Unfallheilkunde viel enger an die gerichtliche Medizin kettet als an irgend ein andres Fach, lässt sich nur mit einer sehr künstlichen und lückenhaften Beweisführung abstreiten. Betrachten wir doch einmal die andre Seite der Unfallheilkunde, die Thiem und Riedinger so stark betonen. Beide Herren meinen, die Behandlung der Unfallkranken, die sich zu einem beachtenswerthen Sonderfach ausgestaltet habe, gehe die blossen Gutachter, die Medizinalbeamten gar nichts an. Sie irren! Auch die Kenntniss der Verhütung und Beseitigung von Unfallfolgen ist ein unentbehrliches Requisit der Sachverständigenthätigkeit. Oft genug hat der Sachverständige therapeutische Massnahmen wenn nicht auszuführen, so doch anzurathen oder zu kritisiren. Vorträge über allgemein wichtigeFragen der Unfalltherapie fügen sich ganz ungezwungen in den Rahmen einer Abtheilung für gerichtliche Medizin und Unfallheilkunde, wie sie in Düsseldorf bestanden hat. Dass aber kein Anlass vorliegt, ein Ueberhandnehmen der therapeutischen Vorträge anzunehmen, haben wir schon in voriger Nummer angedeutet. In Aachen verhielt ihre Zahl sich zur Gesammtzahl wie 4:18, in München wie 1:18. Wir wollen nicht darüber rechten ob von diesen 5 Vorträgen nicht einer oder der andere ohne Schaden für den Fortschritt der Unfallheilkunde auch in der Abtheilung Chirurgie hätte gehalten werden können, aber jedenfalls ist doch bei solchem Zahlenverhältniss die Behauptung, auch die Unfalltherapie habe sich zu einer besonderen Disziplin ausgewachsen, ein wenig gewagt. Blickt man in die Specialzeitschriften, so is[t der] Eindruck derselbe. Wir können uns der Vermuthung nich[t er]wehren, dass von dem Bedürfniss nach würdiger Vertretung d[es] Sonderfachs nicht mehr viel die Rede sein wird, sobald ers[t] mal die mit Vorträgen überlastete Abtheilung Chirurgie durch [Ab]trennung einer Untergruppe „Orthopädie und Medicomecha[nik"] entlastet sein wird, wie es ja Riedinger selbst vorauss[etzt].

Dass endlich bei dem zweiten, gegenwärtig stark in [den] Vordergrund tretenden Theil der „sozialmedizinischen Pra[xis"], beim Invalidenwesen, die Behandlung der Rentenanw[ärter] durchaus nichts Spezifisches hat, sondern ganz mit der [Be]handlung anderer Menschen übereinstimmt, dass also [hier] überhaupt nur eine gutachtliche Seite vorhanden ist, [wird] „drüben" ganz übergangen.

Herr Professor Thiem thut gut, den Satz „Man will [uns] also in Hamburg nicht" durch einen mildernden Nachsatz [ab]zuschwächen. Denn nichts berechtigt ihn zu jener Auffass[ung]. Was hätten die Geschäftsausschüsse der Naturforscher[ver]sammlung für einen Grund, die Vertreter des Unfallwe[sens], welche sich unschätzbare Verdienste um die Ausgestal[tung] eines wichtigen Theils der Medizin erworben haben, „nicht [zu] wollen"? Wenn seit sieben Jahren eben jene Geschäftsaus[]schüsse der Bildung einer besonderen Abtheilung für Unfall[]heilkunde ungünstig gegenübergestanden haben, nun so hab[en] sie sich eben so wenig wie wir zu überzeugen vermocht, [dass] eine friedliche, durch den guten Willen aller Theile zusamm[en]gehaltene Vereinigung von Gerichtsarzneikunde und Unf[all]heilkunde unmöglich oder unzweckmässig ist. Noch tre[iben] beide Wissenszweige nicht eine solche Ueberzahl von Vor[]trags-Blüthen, dass man sie deshalb trennen müsste, noch [da] sie grossen Theils durch die gleichen Personen vertre[ten]. Also — lasst sie vereinigt. Wenn der Name „gericht[liche] Medizin" den Stein des Anstosses bildet, dann ände[rt den] Namen, aber schädigt nicht die Sache!

Alkoholismus und Lebensdauer.

Auf dem Internationalen Kongress gegen den Alkoholis[mus] in Wien wurde am 11. d. Mts. die Frage des Einflusses des Alkohols auf die Lebensdauer behandelt. Als erster Referent ergriff Dr. Hilenius (Helsingfors) das Wort und unterzog die Statistik über den Einfluss des mässigen Alkoholgenusses auf die Lebenserwartung einer Erörterung. Er führte aus: Im Jahre 1847 eröffnete The United Kingdom Temperance and General Providence Institution eine Abtheilung für mässige Trinker. Die Sterblichkeit war in den Jahren 1866 bis 189[.] folgende: In der Abtheilung der Abstinenten: 7656 erwartete Fälle, wovon 5383 = 70 Prozent eingetreten; in der Abtheilung der Mässigen 10455 erwartete Fälle, wovon 10065 = 96 Prozent eingetreten sind. Die Sceptre Life Association wurde 1864 für Englische Priester gegründet. Die Annahme, dass diese wegen ihrer grossen Mässigkeit im Essen und Trinken länger leben, als die Menschen im Allgemeinen, bestätigte sich, denn in den Jahren 1884 bis 1898 sind von 1658 erwarteten Sterbefällen in der allgemeinen Abtheilung nur 1332 = 80 Prozent in der Abtheilung der Abstinenten von 926 erwarteten Sterbefällen nur 522 = 56 Prozent eingetreten. Herr Hilenius behauptete nun weiter: In den meisten englischen Versicherungsgesellschaften bekommen die Abstinenten einen grösseren Gewinnantheil als die Mässigen. Es giebt indessen auch Gesellschaften, die den Abstinenten 5 bis 10 Prozent Prämienrabatt geben. Der Vortragende führte nun eine grosse Reihe von Beispielen an und schloss: Die Erfahrung der Englischen Lebensversicherungs-Gesellschaften hat also einen statistischen Beweis für die Tendenz des sogenannten mässigen Alkoholgenusses, das Leben zu verkürzen, geliefert.

B.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

„Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatzweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche amt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 10. Ausgegeben am 15. Mai.

Inhalt:

Die Dienstanweisung für die Kreisärzte,

in einigen ihrer wichtigsten Bestimmungen besprochen

von

E. Roth-Potsdam.

Mit der unter dem 23. März d. J. erlassenen Dienstanweisung für die Kreisärzte in Verbindung mit der Geschäftsanweisung für die Gesundheitskommissionen vom 13. März d. J. ist das Gesetz, betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899 zur Durchführung gelangt.

Ein Blick in die umfangreiche, die Rechte und Pflichten der Kreisärzte nach allen in Frage kommenden Beziehungen regelnde Dienstanweisung überzeugt uns, dass das preussische Medizinalwesen hiermit auf neue und zeitgemässe Grundlagen gestellt ist, dass aus dem früheren Aschenbrödel, wenn auch nicht eine Königstochter, doch aber eine recht ansehnliche und gut ausgestattete Tochter der Hygiea geworden ist. Der alte Kreisphysikus, dem man in Verkennung der menschlichen Natur zumuthete, zween Herren in gleicher Treue zu dienen, ist eine historische Reminiszenz geworden und an seine Stelle der Kreisarzt als staatlicher Gesundheitsbeamter getreten, der, so lange er nicht vollbesoldet ist, nach der Dienstanweisung zwar auch noch ärztliche Praxis ausüben und Nebenämter, Nebenbeschäftigungen und Nebenarbeiten, die eine Ausübung der ärztlichen Praxis darstellen, übernehmen darf, der aber bei gewissenhafter Wahrnehmung der ihm gestellten umfangreichen Aufgaben voraussichtlich nur noch ausnahmsweise und in kleineren Kreisen die zur Ausübung der ärztlichen Praxis erforderliche Zeit finden wird.

Die die gesammte amtliche Thätigkeit und Stellung des Kreisarztes umfassende Dienstanweisung gliedert sich in drei Abtheilungen, von denen die erste die amtliche Stellung und Personalangelegenheiten des Kreisarztes, die zweite die Art und den Umfang der Obliegenheiten des Kreisarztes und die dritte die Geschäftsführung behandelt. Nur auf einige der wichtigsten Bestimmungen soll in der nachfolgenden Besprechung eingegangen werden.

Aus der ersten, die dienstliche Stellung des Kreisarztes im Allgemeinen, das Verhältniss zu anderen Behörden und Beamten, zu Privatpersonen und Aerzten, die Diensteinkommens- und Pensionsverhältnisse, sowie die Hinterbliebenenversorgung, die Beurlaubung und Stellvertretung umfassenden Abtheilung

verdient besondere Erwähnung, dass nach § 4 die Titel- und Rangverhältnisse nach den hierüber noch zu erlassenden Bestimmungen sich regeln, woraus geschlossen werden darf, dass die Kreisärzte bezüglich der Rangverhältnisse den Beamtenkategorien gleicher Rangstufen (Kreisbau-, Schul-, Gewerbe-Inspektoren u. s. w.), denen nach einer bestimmten Dienstzeit der Rang der Räthe IV. Klasse verliehen wird, gleichgestellt werden sollen.

Nach § 10 wird die Amts- und Geschäftsführung des Kreisarztes durch den Regierungs-Medizinalrath dauernd beaufsichtigt und mindestens alle drei Jahre einmal einer Revision unterzogen. Diese Revisionen, die sich an der Hand der Journale und Akten auf die gesammte dienstliche Thätigkeit des Kreisarztes zu erstrecken haben, erwiesen sich mit der veränderten Stellung des Kreisarztes als nothwendig und finden ihr Analogon in der Beaufsichtigung der Geschäftsführung der Kreisbauinspektoren, Gewerbeaufsichtsbeamten u. s. w. durch die zuständigen Regierungs- Bau- und Gewerbe-Räthe.

Ueber das Verhältniss des Kreisarztes zum Landrath bestimmt der § 12, Abs. 2, dass alle Berichte des Kreisarztes an den Regierungspräsidenten oder an eine Abtheilung der Regierung durch die Hand des Landraths einzureichen sind, während der Landrath seine Berichte, soweit sie gesundheitliche Angelegenheiten des Kreises betreffen, dem Kreisarzt vor der Absendung zur Kenntnissnahme vorzulegen hat. Nach dieser Richtung wurde bisher in den einzelnen Bezirken eine verschiedene Praxis beobachtet. Da der Landrath seine Berichte, soweit sie gesundheitliche Verhältnisse des Kreises betreffen, dem Kreisarzt allgemein zur Kenntniss vorzulegen hat, auch wenn er, wie es in der Regel geschieht, sich schon vorher mit dem Kreisarzt ins Benehmen gesetzt hat, und andererseits viele Berichte des Kreisarztes für den Landrath kein besonderes Interesse haben, so wird hier eine Vereinfachung des Geschäftsverkehrs anzustreben sein. So liegt kein Grund vor, die Nachweisungen über ansteckende Krankheiten, die an jedem Montag von dem Kreisarzt dem Regierungspräsidenten einzureichen sind (§ 85 der Dienstanwetsung) durch die Hand des Landraths gehen zu lassen, da der Landrath von diesen Krankheiten schon an sich Kenntniss erhält. Jedenfalls müssten die Kreisärzte, wie bisher, in allen persönlichen Angelegenheiten direkt an den Regierungspräsidenten berichten dürfen; derselbe unmittelbare Verkehr empfiehlt sich bei der Ueberreichung von Berichten oder Nachweisungen, die bereits vorher zur Kenntniss des Landraths gekommen sind, sowie in allen besonders dringlichen Angelegenheiten, in letzteren unter gleichzeitiger abschriftlicher Mittheilung des Berichtes (Telegramms) an den Landrath.

Ebenso zweckmässig im Interesse der öffentlichen Gesundheit wie der Stellung des staatlichen Gesundheitsbeamten entsprechend ist die Regelung, die das Verhältniss des Kreisarztes zu den Ortspolizeibehörden im § 14 erfahren hat. Danach ist die Ortspolizeibehörde verpflichtet, dem Kreisarzt über alle Entschliessungen auf die von ihm gemachten Vorschläge und Anregungen Mittheilung zu machen, und sie hat ferner alle bei ihr eingehenden Anzeigen über gemeingefährliche oder sonst übertragbare Krankheiten, unbeschadet der vorgeschriebenen Anzeige an den Landrath, dem Kreisarzt unverzüglich direkt einzusenden und ihn unmittelbar oder durch Vermittlung des Landraths über wichtige, das Gesundheitswesen ihres Bezirks betreffende Vorkommnisse in Kenntniss zu setzen und zu erhalten. Hierdurch in Verbindung mit dem § 35 ist die Thätigkeit des Kreisarztes über den bisherigen Rahmen, wonach sein Eingreifen von dem jedesmaligen Ermessen der zuständigen Ortspolizei- und Verwaltungsbehörden abhängig war, hinausgehoben und ihm eine selbstständige verantwortliche Stellung neben den Ortspolizei- und Verwaltungsbehö[rden] eingeräumt, die bei richtiger Anwendung alle Garantien [für] ein erfolgreiches Wirken bietet.

Auf das Verhältniss des Kreisarztes zu den Gesundh[eits]kommissionen bezieht sich der § 17 der Dienstanweisung [und] die besondere für die Gesundheitskommissionen erlassene [Ge]schäftsanweisung. Hier sind es besonders die Bestimmun[gen] über die Aufgaben der Gesundheitskommissionen, denen [ein] bestimmtes, scharf umgrenztes Programm vorgezeichnet [ist,] und das Zusammenwirken von Verwaltungs-, Gesundheits- [und] sonstigen technischen Beamten, wovon wir eine fortschreit[ende] Hebung der örtlichen Gesundheitsverhältnisse erwarten dürf[en.] Hierzu wird auch die Theilnahme der Gesundheitskommiss[ionen] an den Ortsbesichtigungen des Kreisarztes wesentlich b[ei]tragen.

Durchaus sachgemäss sind auch die Bestimmungen ü[ber] das Verhältniss des Kreisarztes zu den Organen der Sch[ul]verwaltung, zu den Gerichtsbehörden, zu den übrigen [tech]nischen Beamten des Kreises, zu dem Reichsversicherungsa[mt] und zu den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung [und] endlich zu den Bergbehörden. Durch die letztere Bestimm[ung] wird eine Unsicherheit über die Zuständigkeit der in Fr[age] kommenden Behörden beseitigt, die in den Industriebezirk[en] beim Auftreten übertragbarer Krankheiten unter den Grub[en]arbeitern mangels zuverlässiger Direktiven wiederholt sich [be]merklich machte.

Auf die Dienst-, Einkommens- und Pensionsverhältn[isse] wie auf die Hinterbliebenen-Versorgung bezieht sich der [Ab]schnitt VI. Aus den jüngsten Verhandlungen des Abge[ord]netenhauses ist bekannt, dass das Durchschnittsgehalt [des] nicht voll besoldeten Kreisarztes von 2250 auf 2700 M. [er]worden ist, bei Festsetzung eines Mindestgehalts von [...] und eines Höchstgehalts von 4200 M. Ob die bei Fest[setzung] des Durchschnittsgehalts angenommene Voraussetzung, [dass] die amtsärztlichen Gebühren des Kreisarztes durchschnittl[ich] 2000 M. betragen werden, zutrifft, wird erst später [an der] Hand zahlenmässiger Unterlagen beurtheilt werden können; das Gleiche gilt von der Festsetzung der Amtsunkosten-En[t]schädigung, wie bezüglich der Beihilfen zur Beschaffung [von] Apparaten etc.

Ueber die Ausübung der ärztlichen Praxis bestimmt der § 27, dass sie dem nicht vollbesoldeten Kreisarzt gestatt[et] ist, doch darf seine amtliche Thätigkeit unter der Privatpra[xis] nicht leiden. Auch ist der Regierungspräsident befugt, ein[e] Einschränkung der Privatpraxis zu fordern. Bezüglich der Uebernahme von Nebenämtern findet sich hier die weitere Einschränkung, dass der nicht voll besoldete Kreisarzt [zur] Uebernahme der Stelle eines Krankenkassenarztes die Ge[neh]migung des Regierungspräsidenten einzuholen hat. Dieser Paragraph lässt keinen Zweifel darüber, dass auch bei dem nicht voll besoldeten Kreisarzt die amtliche Thätigkeit [als] Kreisarzt das Hauptamt darstellt, und dass die privatärztliche[n] Funktionen hinter den dienstlichen jederzeit zurückstehen müssen.

Der Abschnitt X der Dienstanweisung regelt Art und Umfang der dienstlichen Obliegenheiten des Kreisarztes im Allgemeinen und findet in den folgenden Abschnitten über die besonderen medizinal- und sanitätspolizeilichen Aufgaben seine weitere Ausführung. Die §§ 34 bis 40 des X. Abschnittes geben ein scharf umgrenztes Bild des Umfangs der Thätigkeit des Kreisarztes, sie stellen die Befugniss des Kreisarztes fest, bei Gefahr im Verzuge selbstständige Anordnungen zu treffen (§ 35), seine Pflichten in Bezug auf die Beobachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises, auf die Vornahme einfacher physikalischer, chemischer, mikroskopischer und bakteriologischer

ıtersuchungen, auf die Anregung zur Beseitigung von Missänden und auf die Besichtigung von Anstalten, Anlagen und ertlichkeiten. Hierdurch in Verbindnng mit dem § 14, der on dem Verhältniss des Kreisarztes zu den Ortspolizeibeörden handelt, hat die Stellung des Kreisarztes, wie erwähnt, ne völlige Umgestaltung gegen früher erfahren, insofern er ei Gefahr im Verzuge nunmehr selbstständig einzugreifen nd Anordnungen zu treffen befugt ist. Hierbei ist, da es sich unächst nur um vorläufige Massnahmen handelt, jede Beeinächtigung der Befugnisse der Verwaltungsbehörden wie auch ede unnöthige Erschwerung des Geschäftsganges vermieden.

Die Abschnitte XI bis XVII geben eine eingehende Dartellung der medizinalpolizeilichen Obliegenheiten des Kreisrztes und umfassen Vorschriften über die Ueberwachung ler Meldepflicht seitens der Medizinalpersonen, über die Beaufsichtigung der Kurpfuscherei und des Arzneihandels und Giftverkehrs ausserhalb der Apotheken, des Hebammenwesens, des niederen Heilpersonals mit Einschluss der Desinfektoren und Leichenschauer und über das Apothekenwesen. Bezüglich des Letzteren steht dem Kreisarzt die Kontrole über den gesammten Geschäftsbetrieb in den Apotheken und über das Apothekenpersonal zu. Ob es hierbei nothwendig war, die Kontrole des Bildungsganges der Apothekerlehrlinge auch in Bezug auf die Deutlichkeit der Handschrift, deren Nothwendigkeit zugegeben, noch besonders hervorzuheben, kann dahingestellt bleiben. Von besonderer Wichtigkeit ist die Bestimmung im § 53, wonach der Kreisarzt darauf hinzuwirken hat, dass die im Interesse einer geregelten Arzneiversorgung liegende Vermehrung der Apotheken mit der Zunahme der Bevölkerung gleichen Schritt hält; demgemäss hat er die Errichtung neuer Apotheken bei dem Regierungspräsidenten anzuregen, unter gewissenhafter Erwägung der Bedürfnissfrage und unter Berücksichtigung der Erhaltung der Lebensfähigkeit der bestehenden Apotheken. Hinsichtlich der Vertretung des Apothekenvorstandes regelt der § 49 eine lange streitig gewesene Frage dahin, dass ein nicht approbirter Gehilfe bis zu 14 Tagen einen Besitzer vertreten darf, und dass jeder Apothekenbesitzer, auch der, welcher einen Gehilfen hält, jede 24 Stunden überschreitende Behinderung dem Kreisarzt anzuzeigen hat. Für den Fall, dass der ordnungsmässige Betrieb einer Apotheke durch Erkrankung, Tod u. s. w. des Apothekenvorstandes unterbrochen wird, hat der Kreisarzt bei dem Mangel eines geeigneten Vertreters bis zu dem Eintritt eines solchen die Schliessung der Apotheke bei dem Regierungspräsidenten unverzüglich zu beantragen. Bezüglich des amtlichen Verkehrs der Apothekenvorstände mit dem Regierungspräsidenten ist dahin Bestimmung getroffen, dass die Apotheker mit dem Regierungspräsidenten nur durch Vermittelung des Kreisarztes verkehren dürfen. Insofern durch einzelne dieser Bestimmungen der Pflichtenkreis der Apothekenvorstände genauer umgrenzt ist, wird zu erwägen sein, ob sie nicht in der den Apothekerrath demnächst beschäftigenden Apothekenbetriebsordnung eine geeignetere Stelle finden würden.

Von den besonderen sanitätspolizeilichen Obliegenheiten kommen als vorbeugende gesundheitliche Massnahmen vor Allem die im § 69 der Dienstanweisung vorgeschriebenen Besichtigungen der einzelnen Ortschaften auf ihre gesundheitlichen Verhältnisse in Betracht, die der Kreisarzt in angemessenen, in der Regel fünfjährigen Zwischenräumen auszuführen hat, und über die alljährlich ein Besichtigungsplan aufzustellen ist, welcher der Genehmigung des Regierungspräsidenten bedarf. Diese Besichtigungen, die unter Zuziehung der Ortspolizeibehörden und Gemeindevorsteher, sowie in Orten, in welchen Gesundheitskommissionen gebildet sind, unter Theilnahme dieser Kommissionen zu erfolgen haben, sollen sich auf alle für das öffentliche Gesundheitswesen wichtigen Verhältnisse und Einrichtungen erstrecken und nach einem bestimmten Plan, für den ein Muster beigefügt ist, ausgeführt werden. In kleineren Ortschaften sollen diese Besichtigungen zur Vermeidung unnöthiger Kosten und unnöthigen Zeitaufwandes thunlichst gelegentlich der Anweisenheit an diesen Orten aus anderer Veranlassung vorgenommen werden. Durch diese Ortsbesichtigungen wird der Kreisarzt in den Stand gesetzt, aus eigener Anschauung über die gesundheitlichen Verhältnisse seines Kreises sich zu unterrichten und rechtzeitig diejenigen Massnahmen anzuregen, die zur Verhütung des Entstehens und der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich sind. Bei diesen Ortsbesichtigungen wird der Kreisarzt vor Allem sein Augenmerk auf die Wohnungshygiene, die Wasserversorgung, die Beseitigung der Abfallstoffe, die Beschaffenheit der öffentlichen Wasserläufe, auf die gewerblichen Anlagen, soweit sie die öffentliche Gesundheit oder die beschäftigten Arbeiter zu schädigen geeignet sind, oder durch ihre festen oder flüssigen Abgänge eine Verunreinigung der öffentlichen Wasserläufe und des Untergrundes befürchten lassen, auf die Ueberwachung des Nahrungsmittelverkehrs, auf die Kranken- und Armenfürsorge, die öffentlichen und privaten Badeanstalten, Gefängnisse, das Haltekinderwesen und das Begräbnisswesen zu richten haben. Mit dieser allgemeinen Ortsbesichtigung sind auch die vorgeschriebenen besonderen Besichtigungen der der Regierung unterstellten öffentlichen und privaten Schulen, soweit sie nicht gelegentlich sonstiger Dienstgeschäfte erledigt werden, zu verbinden. Diese Besichtigungen sollen gleichfalls in der Regel in fünfjährigen Zwischenräumen, abwechselnd im Sommer und Winter, unter Zuziehung des Schulvorstandes oder des Leiters und des Schularztes stattfinden und sich auf die Baulichkeiten und Einrichtungen wie auf den Gesundheitszustand der Schüler erstrecken. Wie über die Orts- ist auch über diese Schulbesichtigungen eine Verhandlung nach vorgeschriebenem Formular aufzunehmen.

Auf die Verhütung und Bekämpfung der gemeingefährlichen oder sonst übertragbaren Krankheiten bezieht sich der Abschnitt XXII der Dienstanweisung, der genaue Vorschriften über das Verhalten im Allgemeinen, über die Ermittelungen an Ort und Stelle, die in Frage kommenden Schutzmassregeln und die Berichterstattung enthält. Danach hat der Kreisarzt unverzüglich an Ort und Stelle die erforderlichen Ermittelungen anzustellen:

1. Bei allen ersten Erkrankungs- oder Verdachtsfällen von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken,

2. in allen Fällen, in denen eine übertragbare Krankheit gruppenweise oder sich häufend oder sonst in einer für das öffentliche Wohl bedenklichen Weise auftritt,

3. bei Massenerkrankungen von Menschen. — Ausserdem

4. bei Erkrankungen an Kindbettfieber und Todesfällen im Wochenbett (nach § 57 der Dienstanweisung).

Wo es erforderlich erscheint, muss eine bakteriologische Untersuchung ausgeführt oder veranlasst werden. Bei den anzustellenden Ermittelungen ist der behandelnde Arzt thunlichst zuzuziehen. Auch soll bei der Verhütung und Bekämpfung der gemeingefährlichen und sonst übertragbaren Krankheiten auf die Mitwirkung der Gesundheitskommissionen in geeigneter Weise Bedacht genommen werden.

Eine ebenso sachgemässe wie erschöpfende Zusammenfassung der bei den gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten in Frage kommenden Schutzmassregeln enthält der § 84. Welche von diesen Schutzmassregeln im einzelnen Fall in Anwendung zu bringen sind, richtet sich nach der Art der Krankheit, den örtlichen Verhältnissen und den gesetzlichen Bestimmungen. Die folgenden Abschnitte enthalten

Vorschriften über Schutzpockenimpfung, Ueberwachung der Prostitution, Gewerbehygiene, Schulhygiene, Haltekinderwesen, Fürsorge für Kranke und Gebrechliche, für Geisteskranke, Epileptische und Idioten, öffentliche Bade- und Schwimmanstalten, Volks- und Schulbäder, über Heilquellen und Kurorte und über das Begräbnisswesen. Auf allen diesen Gebieten hat die Thätigkeit des Kreisarztes eine genaue Umgrenzung erfahren. Besonders bemerkenswerth ist die im § 92 vorgesehene erhöhte Mitwirkung der Kreisärzte bei der Ueberwachung gewerblicher Anlagen, insbesondere gesundheitsschädlicher Betriebe, seine Mitwirkung bei der Ueberwachung der Haltekinderstellen und die schon erwähnte gesundheitliche Beaufsichtigung der Schulen. Der letzte Abschnitt der zweiten Abtheilung giebt eine Zusammenstellung der für den Kreisarzt in Frage kommenden vertrauensärztlichen Verrichtungen.

Die letzte Abtheilung der Dienstanweisung ist der Geschäftsführung des Kreisarztes gewidmet und umfasst den amtlichen Schriftverkehr, den Jahresbericht, die Erhebung der Gebühren, der Tagegelder und Reisekosten seitens der voll besoldeten und der nicht voll besoldeten Kreisärzte, die Gebührennachweisung zum Zwecke späterer Berechnung der Pension seitens der nicht voll besoldeten Kreisärzte, die amtlichen Postsendungen, die Geschäftsbücher- und Listenführung und die Registratur. Für den Jahresbericht, die Gebührennachweisungen und das Tagebuch sind besondere Formulare vorgeschrieben, die ebenso wie die den vorangegangenen Abschnitten beigefügten Formulare (im Ganzen 15) im Interesse einer einheitlichen Geschäftsführung und gleichmässiger Berichtstattung ebenso nothwendig wie praktisch brauchbar sind. Ausser diesen Formularen sind der Dienstanweisung noch die wichtigsten Gesetze und Verordnungen, auf welche in der Dienstanweisung Bezug genommen wird, beigefügt, eine für den praktischen Gebrauch besonders dankenswerthe Anordnung.

Aus dieser kurzen Uebersicht ergiebt sich, dass die gesammte Thätigkeit des Kreisarztes, wie seine Stellung zu den vorgesetzten Dienstbehörden, sein Verhältniss zu anderen Behörden, Beamten und Privatpersonen in der vorliegenden Dienstanweisung eine bis ins Einzelne gehende Abgrenzung erfahren hat. Diese eingehende Regelung und sorgfältige Umgrenzung des Pflichtenkreises des Kreisarztes war deshalb besonders nothwendig, weil die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege die mannigfachsten Beziehungen zu den Aufgaben anderer Verwaltungszweige haben und in diese eingreifen. Nicht minder wichtig ist die durch die Dienstanweisung gewährleistete gleichartige Behandlung gesundheitlicher Fragen in der ganzen Monarchie, während bisher die Handhabung in den einzelnen Bezirken vielfach verschieden sich gestaltete. So wird die Dienstanweisung beispielsweise auf dem Gebiete des Meldewesens übertragbarer Krankheiten sehr bald ein einheitliches Vorgehen zeitigen, um den Kreisärzten zuverlässige Daten für ihre wöchentlichen Meldungen zur Verfügung zu stellen.

Je früher sich die für die Durchführung der Vorschriften der Dienstanweisung in Frage kommenden Behörden, namentlich auch die Polizeibehörden, mit den Bestimmungen der Dienstanweisung vertraut machen, um so eher wird die davon zu erhoffende Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens erwartet werden dürfen. Ebenso unentbehrlich wie für die Ortspolizei- und Verwaltungsbehörden ist die Anschaffung der Dienstanweisung für diejenigen Aerzte, die sich der Prüfung als Kreisarzt unterziehen wollen; ihre Anschaffung wird aber auch für die Aerzte im Allgemeinen und für die übrigen technischen Beamten des Kreises, mit denen der Kreisarzt nach Erfordern sich ins Benehmen zu setzen hat, von Vortheil sein.

Vor Allem bedarf es zur Durchführung des Kreisarztgesetzes und der dazu ergangenen Dienstanweisung technisch gesc[illegible] und verwaltungsrechtlich durchgebildeter Beamter. Das[illegible] Dienstanweisung trotz des ausserordentlich vermehrten Um[illegible] der dienstlichen Thätigkeit von den Kreisärzten mit [illegible] theilter Freude begrüsst werden wird, ist ebenso sicher[illegible] sie es dankbar empfinden werden, dass ihnen bei der [illegible] setzung ihrer dienstlichen Obliegenheiten ein so hohes Mass [illegible] Vertrauen entgegengebracht worden ist. Sache der Kreis[illegible] wird es nunmehr sein, dieses Vertrauen dadurch zu re[illegible] fertigen, dass sie den Anforderungen, welche die Diens[illegible] weisung an ihr Wissen und Können, wie an ihren Takt, [illegible] Sachlichkeit und Geschicklichkeit stellt, in immer steigen[illegible] Masse sich gewachsen zeigen. In dieser Beziehung besu[illegible] der § 44, dass sich die Kreisärzte sowohl mit den Fortschr[illegible] der Wissenschaft und den praktischen Errungenschaften [illegible] Medizin, insbesondere auf dem Gebiet der öffentlichen Gesu[illegible] heitspflege und gerichtlichen Medizin, als auch mit den Bes[illegible] mungen der Gesundheitsgesetzgebung und Verwaltung vern[illegible] zu halten haben. Sie werden sich jederzeit vergegenwär[illegible] müssen, dass sie unter Beschränkung ihrer Forderungen [illegible] das Erreichbare und Nothwendige und unter Berücksichtig[illegible] der örtlichen Verhältnisse und der wirthschaftlichen Lage [illegible] in Frage kommenden Gemeinden nur solche Massnahmen [illegible] Anregung bringen, die sich praktisch bewährt haben, oder der[illegible] Wirksamkeit ausser Zweifel steht. Nur so werden sie [illegible] öffentliche Gesundheit zu fördern in der Lage sein und [illegible] Missgriffen wie vor Schädigungen ihres Ansehens und ihr[illegible] Stellung bewahrt bleiben. Dem Zweck ihrer praktische[illegible] Fortbildung werden hygienische Fortbildungskreise zu diene[illegible] haben, wie solche allgemein als nothwendig anerkannt sin[illegible] Da der Kreisarzt zur Ausführung einfacher physikalisch[illegible] chemischer, mikroskopischer und bakteriologischer Unter[illegible] suchungen verpflichtet ist, wird er, soweit es bisher nicht ge[illegible] schehen, diese Untersuchungsmethoden sich anzueignen [illegible] In Frage kommen hier ausser Wasseruntersuchungen bakterio-logische Untersuchungen bei Tuberkulose, Gonorrhoe, epi[illegible] Kopfgenickkrampf, Ausführung der Widal'schen Probe be[illegible] Typhus und Typhusverdacht u. a. Ausser in den hygienische[illegible] Instituten würde den Kreisärzten voraussichtlich auch in der neu errichteten Landesuntersuchungsanstalt für Wasser und Abwässeranlagen Gelegenheit zu praktischem Arbeiten geboten werden können. Endlich werden auch die Regierungs-Medizinal-räthe dieser Frage ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden müssen, indem sie namentlich gesundheitlich wichtige Fragen in gemeinsamen Konferenzen mit den Kreisärzten erörtern. Auch würde es der Sache nur förderlich sein, wenn die Dienstanweisung in den ärztlichen Vereinen und speziell auch in den Bezirksvereinen der Medizinalbeamten baldmöglichst zum Gegenstand der Besprechung gemacht würde.

Der Umstand, dass die veränderte Stellung der Kreisärzte eine zunehmende Vertiefung und Erweiterung der Ausbildung der angehenden Kreisärzte, namentlich nach der praktischen Seite zur Voraussetzung hat, liess eine Abänderung der bisherigen Prüfungsordnung nothwendig erscheinen. Dem entsprechend verlangt die neuerliche Bekanntmachung, betreffend die kreisärztliche Prüfung vom 30. März d. J. (Reichs- und Staatsanzeiger vom 4. April d. J. No. 80, I. Beilage) im § 4, Abs. 3 nicht blos eine praktisch-psychiatrische Vorbildung wie bisher, sondern auch die Theilnahme an einem mindestens dreimonatigen pathologisch-anatomischen, hygienischen und gerichtlich-medizinischen Kursus.

„Der Mann, der recht zu wirken denkt, muss auf das beste Werkzeug halten." — Möchten die Kreisärzte der Wahrheit dieses Wortes jederzeit eingedenk sein und danach handeln.

Aus dem städtischen Sanitätslaboratorium zu Charkow.

Vergiftungen mit Crème-Torten zu Charkow.

Von

Dr. P. N. Laschtschenkow,
Privatdocent an der Universität, Sanitätsarzt der Stadt Charkow.

Referat, erstattet der 10. Abtheilung der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit.

(Schluss.)

Ich gehe nun zu den Ergebnissen der bakteriologischen Untersuchungen über, die von mir im städtischen Sanitätslaboratorium ausgeführt worden sind.

Am 20. September 1899 wurde vom Institut für Töchter höherer Stände zu Charkow dem Sanitätslaboratorium ein Stück Torte überwiesen, deren Genuss bei vielen Zöglingen des Instituts Vergiftungserscheinungen hervorgerufen hatte. Das gelieferte Stück Torte war schon etwas altbacken und verbreitete einen deutlich wahrnehmbaren säuerlichen Geruch. Auf ihrer Oberfläche war die Torte mit Zucker bestreut. In der Mitte des Durchschnitts verlief ein Streifen einer dunkelbraunen Cremeeinlage.

Bei der Herstellung von Cremetorten wird der Semmelteig, der sozusagen die Basis der Torte bildet, sobald er aus dem Ofen herausgeholt wird, folglich in sterilem Zustande, in 2—3 runde Scheiben zerschnitten, die dann mit Creme übergossen werden. Vom bakteriologischen Standpunkte aus bot gerade die Untersuchung der Creme Interesse, die, wie oben gesagt, in Form einer Einlage auf der Durchschnittsfläche der Torte deutlich hervortrat.

Das eingelieferte Stück Torte wurde mit einem sterilen Messer in zwei Theile zerschnitten, von der Schnittfläche wurde mittels Platinöse etwas Creme behufs bakteriologischer Untersuchung genommen. Mit dieser Platinöse wurden dann die schiefen Agaroberflächen in 5 Agarreagensgläschen infizirt, jedesmal mit nachfolgender Verdünnung mittels destillirten Wassers. Auf dem Agar, das bei 37⁰ C. erwärmt wurde, waren schon am folgenden Tage zwei Arten von Kolonien zu sehen: die einen waren gross, orange-gelblich, die anderen hatten die Form von kleinen, aschgrauen Punkten. Quantitativ hatten die ersteren Kolonien die Oberhand, während die kleinen Kolonien in verhältnissmässig geringerer Anzahl vorhanden waren. Die Kolonien wurden auf Agar behufs Erzielung von Reinkulturen übertragen. In den Reinkulturen gab nun die erste Art üppige, goldig-orangefarbige Wucherungen, die zweite kaum merkbare Wucherungen in Form eines aschgrauen Belags auf der schiefen Agaroberfläche. Struktur, Verhalten zu Farbstoffen und Wachsthum in Nährmedien der aus der Creme isolirten Reinkulturen wurde nun weiterer Forschung unterzogen, desgleichen ihre krankheitserregenden Eigenschaften an Thieren erprobt. Die zweite Art der aus der Creme gewonnenen Mikroorganismen, die kleine, sich nach Gram färbende Kokken darstellten, gab, wie gesagt, bei 37⁰ nur schwaches Wachsthum in Form kleiner Punkte, oder bei oberflächlichem und ausgebreitetem Wachsthum einen aschgrauen Belag; in Gelatineschalen bei 22⁰ gab sie ein rasches Wachsthum mit energischer Verflüssigung. Am 4. bis 5. Tage des Wachsthums auf Gelatine wurden die ursprünglich runden und regelmässigen Kolonien unregelmässig, mit zerfressenen, gelockerten Rändern; schliesslich löste sich die ganze Kolonie auf und sank in die Schicht der verflüssigten Gelatine. Bei Anlegung von Stichkulturen auf Gelatine ging das Wachsthum mit starker Verflüssigung dem gesammten Stichkanal entlang von statten, ohne besondere charakteristische Merkmale des Wachsthums selbst zu zeigen. Auf Kartoffeln war das Wachsthum kaum bemerkbar, und zwar in Form eines schwachen grauen Belags. Milch koagulirte der Mikroorganismus in 3—4 Tagen. Für Thiere war der Kokkus vollkommen unschädlich, so dass selbst Injektionen von Reinkulturen in ungeheuren Dosen, subkutan bezw. in die Abdominalhöhle gemacht, von den Thieren ohne jegliche Folgen vertragen wurden.

Besonders aufmerksam studirte ich Struktur und vitale Eigenschaften der ersten Art der Kolonien, da diese vor allem in der Torte sich fast in Reinkultur befanden und dann durch ihre Struktur in hohem Masse an die eitererregenden Kokken erinnerten, indem sie sich nach Gram färbten und auf schiefem Agar ähnlich wie diese wuchsen. Aus der reinen Agarkultur, die, wie oben gesagt, ein goldig-orangefarbiges, üppiges Wachsthum darstellte, wurde eine Probe genommen und mit der letzteren Gelatinekulturen in Petri'schen Schalen angelegt. Bei einer Temperatur von 22⁰ waren in denselben punktförmige Kolonien zu sehen, welche bei schwacher Vergrösserung das Aussehen von regelmässig konturirten, runden, hellgelblich-braunen Gebilden hatten. Am 3. Tage wurde deutlich Neigung der Kolonien zur Verflüssigung der Gelatine wahrgenommen; die Gelatine der ersten Schale, die stark infizirt wurde, war vollständig verflüssigt und verbreitete einen aromatisch säuerlichen Geruch. Die isolirt wachsenden Kolonien in der 2. und 3. Petri'schen Schale schienen unter dem Mikroskop bei schwacher Vergrösserung bräunlich, hatten unregelmässige Ränder und deutlichen Rand von Verflüssigung der Gelatine. Am 4. Tage war die Verflüssigung ziemlich stark, und die Kolonien schienen bei der Besichtigung mit unbewaffnetem Auge goldig-gelblich, von einer Zone verflüssigter Gelatine umgeben. Kurz, die charakteristischen Merkmale des Wachsthums der Kolonien war im Allgemeinen denjenigen des Staphylococcus pyogenes aureus unbedingt ähnlich.

Diese Aehnlichkeit musste nach den weiteren Studien des Wachsthums auf verschiedenen Nährmedien als vollständige Identizität anerkannt werden. Auf Gelatinekulturen zeigten Wachsthum und Verflüssigung genau dieselben Verhältnisse wie diejenigen des Staphylococcus pyogenes. Auf Kartoffeln hatten die Kolonien das Aussehen eines saftigen orangefarbigen Belags; Bouillon wurde gleichmässig getrübt, Milch in 3—4 Tagen koagulirt. Zur Vervollständigung der Diagnose musste noch das Thierexperiment herangezogen werden.

1. Experiment. Einem mittelgrossen Meerschweinchen von 460 g Körpergewicht wurden in die Abdominalhöhle 2 ccm einer eintägigen Bouillonkultur injizirt. Nach zehn Stunden ging das Thier zu Grunde. Die Sektion ergab akute Peritonitis. Das Peritoneum und der seröse Ueberzug der Gedärme waren stark geröthet; die Abdominalhöhle enthielt 4—6 ccm röthlicher trüber Flüssigkeit, in der das Mikroskop kleine, sich nach Gram färbende Kokken ergab. Mit dem dem Herz entnommenem Blute, sowie mit der in der Bauchhöhle vorgefundenen Flüssigkeit wurden auf schiefem Agar Kulturen angelegt. Bei einer Temperatur von 37⁰ erschienen auf dem mit dem Blute infizirten Agar am folgenden Tage gelbliche kleine Kolonien, die sich am 2. bis 3. Tage in goldig-orangefarbige Kolonien verwandelten. Auf dem mit der Peritonealflüssigkeit infizirten Agar erschienen bei derselben Temperatur am folgenden Tage saftige Kolonien, die dem Staphylococcus pyogenes aureus eigenthümlich sind. Das gleiche Resultat ergab das Anlegen von Kulturen auf Gelatineschalen.

2. Experiment. Einem mittelgrossen Meerschweinchen

wurde 1 ccm einer eintägigen Bouillonkultur eingespritzt. Das Thier ging nach 35 Stunden zu Grunde. **Sektionsergebniss** und **bakteriologische Untersuchung** ergaben dasselbe Resultat wie im ersten Experiment.

3. **Experiment.** Einem kleinen Meerschweinchen von 395 g Körpergewicht wurden in die Bauchhöhle 0,25 ccm einer eintägigen Bouillonkultur injizirt. Das Thier ging unter Erscheinungen allgemeiner Abmagerung zu Grunde. Die **Sektion** ergab einen Abscess von der Grösse einer kleinen Haselnuss. Der Abscess war mit dem Peritoneum und dem Darmüberzug verlöthet. Die eitrige, gelbliche, käsige und weiche Masse erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als eine Ansammlung von weissen Blutkörperchen, die mit pyogenen Kokken strotzend gefüllt waren; es lag somit ein zweifellos typischer Abscess vor.

4. **Experiment.** Einem Meerschweinschen von 545 g Körpergewicht wurden subkutan 2 ccm einer eintägigen Bouillonkultur injizirt. Das Thier ging nach 55 Stunden zu Grunde. An der Injektionsstelle war deutliche ödematöse Schwellung zu sehen, bei deren Inzision einige Tropfen trüber Flüssigkeit herausflossen. Die mit dem dem Herzen entnommenen Blute, sowie mit der ödematösen Flüssigkeit angelegten Kulturen ergaben **Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur.**

5. **Experiment.** Einem Meerschweinchen von 470 g Körpergewicht wurde subkutan 1 ccm einer eintägigen Bouillonkultur injizirt. Nach 87 Stunden ging das Thier zu Grunde. **Sektionsergebniss** dasselbe wie beim 4. Experiment.

6. **Experiment.** Einem Meerschweinchen von 540 g Körpergewicht wurden subkutan 0,25 ccm einer eintägigen Bouillonkultur injizirt. Das Thier blieb am Leben. An der Injektionsstelle entwickelte sich am 5. Tage ein Abszess, der sich spontan eröffnete und nach einiger Zeit vernarbte.

7. **Experiment.** Der Cremeeinlage der Torte wurde ein 5—6 g schweres Stück entnommen, das in physiologischer Kochsalzlösung sorgfältig verrieben wurde. Von der erhaltenen trüben Flüssigkeit wurden 2 ccm in die Abdominalhöhle einem Meerschweinchen injizirt. Nach 77 Stunden ging das Thier zu Grunde. **Sektionsergebniss** wie im ersten Experiment. Ueberimpfungen von Peritonealflüssigkeit, von Partikelchen innerer Organe (Milz, Leber) und von dem Herzen entnommenem Blute ergaben **Staphylococcus pyogenes aureus in Reinkultur.**

Obige Experimente sind nur ein Theil der Experimente, die im Untersuchungsprotokoll aufgenommen sind. Dieselben Resultate ergab die Untersuchung von drei Tortenproben, die dem Laboratorium vom medizinischen Departement zugesandt waren. Es waren dies Proben, die direkt von den Betroffenen eingesandt worden waren. In sämmtlichen untersuchten Proben wurden eitererregende Kokken fast in Reinkultur und in hohem Entwickelungsstadium gefunden.

Dieser pyogene Coccus, der auf Grund seiner Struktur, seiner Form und seines Wachsthums in bestimmten Nährmedien als solcher mit absoluter Sicherheit anerkannt werden musste, war jedoch für Thiere ungewöhnlich pathogen. Es haben nämlich die Experimente gezeigt, dass 1—2 ccm Reinkultur, nicht nur intraperitoneal, sondern auch subkutan injizirt, die Versuchsthiere tödteten, während verhältnissmässig geringere Dosen (0,25 ccm), subkutan injizirt, Abszesse verursachten. Alle diese Umstände lassen den aus der Torte isolirten Coccus als eine besondere, von dem gewöhnlichen Staphylococcus pyogenes, der bekanntlich bei Thieren im allgemeinen nicht so pathogen wirkt, abweichende Art ansehen. Immerhin ist die Zugehörigkeit des aus der Torte isolirten Kokkus zu dem Staphylococcus pyogenes aureus zweifellos.

Die Ungewöhnlichkeit der bakteriologischen Zusammensetzung der Torten, die in Charkow die Massenvergiftung hervorgerufen haben, gab schon meiner Ansicht nach die Berechtigung zu dem Schlusse, dass die Vergiftungen eben dadurch verursacht waren, dass sich in der Creme der Torten ein Staphylococcus pyogenes aureus in hohem Entwickelungsstadium befand, der starke krankheitserregende Eigenschaften besass. Jedoch wäre dies nur eine Vermuthung, und, für mich wenigstens, eine wenig überzeugende Vermuthung. Vor allem fehlten Untersuchung der erbrochenen und diarrhoischen Massen, dann fehlten Experimente, durch die man hätte feststellen können, dass der Staphylococcus pyogenes aureus bei seiner Vermehrung, seinem Wachsthum giftige Stoffwechselprodukte erzeugt, die für Menschen schädlich sind und bei denselben Magendarmstörungen hervorzurufen vermögen. Ausserdem kann man in Anbetracht der unterbliebenen Untersuchung der Excremente nicht behaupten, dass der Staphylococcus pyogenes im Darmkanal der Vergifteten sich wirklich vermehrt und dadurch eine Vergiftung hervorgerufen hat. Unter diesen Umständen konnte ich bei meinen weiteren Untersuchungen nicht den direkten, sondern nur den indirekten Weg gehen und ich suchte vor allem festzustellen, dass diejenigen Torten, welche Massenvergiftung hervorgerufen haben, in der That von ungewöhnlicher bakteriologischer Zusammensetzung waren. Ich suchte zu ergründen, ob nicht in denjenigen Nusscremetorten, die man, ohne Schaden zu nehmen, geniesst, der Staphylococcus pyogenes aureus enthalten ist. Hätte es sich herausgestellt, dass dieser Mikroorganismus auch in ungiftigen Torten und in ebenso hohem Entwickelungsstadium enthalten ist, so hätte man selbstverständlich sämmtliche Schlüsse der ausgeführten Untersuchungen fallen lassen müssen.

Von diesem Standpunkte ausgehend, bestellte ich in der Konditorei von P. zu verschiedener Zeit zwei Cremenusstorten, die genau in derselben Weise gebacken wurden, wie diejenigen am verhängnissvollen 17. September. Ich untersuchte die gelieferten Torten sowohl in frischem Zustande, sowie auch nach 3—4 Tagen, nachdem sie bereits bemerkbar sauer geworden waren. Anfangs wollte ich die gesammte bakteriologische Zusammensetzung der frischen und sauer gewordenen Torten untersuchen; ich nahm aber von dieser komplizirten und für meine Zwecke wenig produktiven Arbeit Abstand und schritt unmittelbar zu Thierexperimenten. Ich verfuhr dabei in der oben geschilderten Weise. Ich schnitt aus den Torten 5—6 g Creme heraus, verrieb sie sorgfältig in sterilisirter physiologischer Kochsalzlösung und injizirte von der gewonnenen trüben Flüssigkeit je 2 ccm in die Bauchhöhle von Meerschweinchen. Im ganzen wurden zu verschiedener Zeit vier Versuche angestellt: zweien Meerschweinchen wurde die aus den frischen Torten gewonnene Cremeflüssigkeit, zweien diejenige aus den sauer gewordenen Torten injicirt, die bei einer Temperatur von 14 bis 15° R. 3—5 Tage lang im Zimmer gestanden hatten. Einmal untersuchte ich ein Stück Torte, von der ich selbst ohne jeden Schaden genommen zu haben, gegessen habe. Auch in dieser Torte fand sich der Staphylococcus aureus nicht. Diese Experimente beweisen die meines Erachtens sehr wichtige Thatsache, dass die Creme der Torten, die die Vergiftung hervorgerufen hatten, von besonderer bakteriologischer Zusammenstellung war und, wie oben angegeben, eine sehr pathogene Art des Staphylococcus pyogenes aureus enthielt. Die Torten, welche Menschen ohne Schaden assen, erwiesen sich ceteris paribus auch für Thiere (Meerschweinchen) als vollkommen unschädlich.

Ich machte auch **Fütterungsversuche** an Thieren, aber auch diese hatten ein negatives Ergebniss. Ich fütterte junge Hunde und Katzen mit Milch, die mit fein verriebener

Creme vermischt war. Dann setzte ich zu Milch und Hackfleisch 10—20 ccm einer fünftägigen Bouillonkultur des Staphylococcus hinzu. Die Fütterungsversuche waren mit Schwierigkeiten verknüpft, weil die Thiere die Nahrung nur zu ungern zu sich nahmen; immerhin traten irgendwie auffallende Krankheitserscheinungen nicht ein. Ferner flösste ich 5—10 ccm einer Bouillonkultur mittels Pipette Meerschweinchen und Kaninchen ein. Das Ergebniss dieser Experimente war gleichfalls ein unbestimmtes: nur ein Kaninchen erkrankte an heftigen Magenstörungen, am fünften Tage kam Lähmung der hinteren Extremitäten hinzu, und am einundzwanzigsten Tage ging das Thier zu Grunde. Die negativen Fütterungsversuche mit isolirter Kultur sowohl, wie mit der Creme können natürlich den von mir gezogenen Schluss, dass die Vergiftung durch das Vorhandensein des Staphylococcus pyogenes aureus in der Creme fast in Reinkultur und in hohem Entwickelungsstadium verursacht war, nicht beanstanden. Nun entsteht die Frage, welches war sozusagen der nächste Modus der Vergiftung? lag eine unmittelbare Vergiftung mit Toxinen vor, die sich in der Creme der Torte gebildet haben, oder fand der Staphylococcus im Magen und Darm der Vergifteten geeignete Bedingungen für seine Entwickelung, so dass die erst im Darm erfolgte Entwickelung die Krankheitssymptome hervorgerufen hat? Die Vermuthung, dass der Staphylococcus in der Creme selbst Toxine gebildet haben könnte, hat keine positive Begründung. Ich machte folgendes Experiment:

Die Creme wurde sorgfältig in physiologischer Kochsalzlösung verrieben, die dabei gewonnene trübe Flüssigkeit durch einen Pasteur'schen Filter behufs Zurückhaltung der Mikroorganismen filtrirt und 2 ccm dieses Filtrats in die Ohrvene eines Kaninchens injicirt. Die Injektion hatte auf das Wohlergehen des Kaninchens auch nicht den geringsten Einfluss.

Unter diesen Umständen ist die zweite Vermuthung wahrscheinlicher, nämlich dass der Staphylococcus sich im Magen und Darme der Vergifteten vermehrt und dann erst die Vergiftung hervorgerufen hat. Ich halte diese Vermuthung um so mehr für wahrscheinlich, als klinisch das Vorkommen von Staphylokokken-Diarrhoen mit absoluter Sicherheit festgestellt ist, bei denen man in den Exkrementen der Kranken den Staphylococcus pyogenes aureus in hohem Entwickelungsstadium antrifft. So sind in der Escherich'schen Klinik zu Graz, wie dies aus der Mittheilung Hirsch's[29]) ersichtlich ist, zwei Kranke an Darmentzündung zu Grunde gegangen, die durch den Staphylococcus pyogenes verursacht war, welch letzterer fast in Reinkultur in den Fäces und in dem Darminhalt der Verstorbenen gefunden wurde. Indem ich es als genügend erachte, mich auf diese Mittheilungen zu beschränken, will ich nur hervorheben, dass man in einigen Fällen solcher Staphylokokken-Gastritiden und -Enteritiden auf Grund der Angaben der Kranken vermuthen konnte, dass die Erkrankung durch den Genuss eines gewissen Nährmittels verursacht worden war. Was die Angaben der Literatur betrifft, welche meiner Arbeit unmittelbar als Stütze dienen könnten, so kann ich nur auf die Mittheilung von Kuborn[30]) hinweisen. Diese von dem Autor in einer der medizinischen Gesellschaften gemachte Mittheilung ist leider nur in einigen Zeilen wiedergegeben. Dieser Autor hat einen Fall von Fleischvergiftung beobachtet, in den untersuchten Proben des Fleisches das Vorhandensein des Staphylococcus pyogenes aureus nachgewiesen und auf diesen letzteren die Erkrankung zurückgeführt.

Jede Arbeit, welche die Frage von Massenvergiftungen zum Thema hat, muss meines Erachtens unbedingt Untersuchungen enthalten, die den Modus der Infektion des Nahrungmittels, welche die Vergiftungserscheinungen hervorgerufen hat, aufzuklären im Stande wäre. Aber fast in sämmtlichen Arbeiten über Fleisch- und Wurstvergiftung wird von den Autoren nur hervorgehoben, dass das genossene Fleisch von einem kranken Thiere stammte. Eine derartige Erklärung der Vergiftung, die auf den Ergebnissen der polizeilichen Untersuchung beruht, kann vom wissenschaftlichen Standpunkte nicht als befriedigend angesehen werden; sie giebt auch nicht den geringsten Anhaltspunkt zur Lösung der Frage der Verhütung von Massenvergiftungen, was in sanitärer Beziehung von grosser Wichtigkeit ist. In der That drängt sich einem, wenigstens so weit mein Fall in Betracht kommt, die Frage auf, wie die Vergiftung der Torte mit pyogenen Kokken zu Stande gekommen sein mochte.

Wir müssen vor Allem das Herstellungsverfahren von Cremenusstorten näher ins Auge fassen. Wie der Teig angefertigt wird, der doch im Ofen sterilisirt wird, ist für den Bakteriologen nicht von Belang. Wichtiger ist die Kenntniss der Herstellung von Nusscreme. Man nimmt Milch, Eier, Zucker, Mehl und Gewürz in gewisser Proportion. Die Mischung wird in einer Pfanne dem Feuer ausgesetzt und bei ständigem Rühren 20—30 Minuten lang erwärmt. Sobald die Milch zu sieden beginnt (bei 85—90°), wird die Creme vom Feuer genommen und nach Erkalten mit geriebenen Walnüssen und einigen Tropfen Rum versetzt. Mit diesem wird die ganze Torte übergossen und durchtränkt. Die Torte wird dadurch ausserordentlich saftig und feucht. Bei dieser Herstellung ist es selbstverständlich, dass die Torte sich nicht lange frisch erhalten kann.

Wenn wir nun die Nusscremetorten vom bakteriologischen Standpunkt aus betrachten, so sehen wir ein, dass vor Allem die Creme und mit ihr die ganze Torte infizirt wird, und zwar durch die Bestreuung der erkalteten Creme mit Nüssen, die gewöhnlich irgendwo auf einem Tische der Konditorei, selbstverständlich ohne jegliche antiseptische Cautelen, zerkleinert werden. Wenn nun Torten und Creme, wie dies durch das oben mitgetheilte Thierexperiment erwiesen ist, bei Zimmertemperatur (14—15° R.) sauer und schlecht werden, so kommt es zu einer Entwickelung von Staphylococcus pyogenes aureus noch nicht. Nun liess ich Torten und Creme einmal bei einer Temperatur von 37° sauer werden. Das Ergebniss war ein ganz anderes.

Ich brachte Torten (zwei Versuche) und Nusscremes (8 Versuche) für zwei Tage in einen Brutofen und injizirte dann nach dem üblichen Verfahren 1,5 bis 2 ccm des Cremeextrakts sammt fein zerkleinerter Creme in die Bauchhöhle von Meerschweinchen. Diese Injektion führte innerhalb einer verhältnissmässig kurzen Zeit (15—30 Stunden) unvermeidlich zum Tode, und zwar in Folge von Infektion des Blutes mit kleinen Kokken. Ferner vereinfachte ich das Verfahren: Ich nahm einfach sterilisirte Milch, versüsste dieselbe mit Zucker und versetzte sie mit zerriebenen Walnüssen so lange, bis ein Brei entstand. Lässt man nun diese Mischung im Brutofen sauer werden, verreibt man sie dann sorgfältig und verdünnt sie behufs leichterer Einspritzung mit Wasser, so führt sie, in Mengen von 1,5 bis 2 ccm Meerschweinschen intraperitoneal injizirt, gleichfalls unvermeidlich zum Tode, und zwar gleichfalls in Folge von Infektion des Blutes mit kleinen Kokken, unter Erscheinungen von akuter exsudativer Peritonitis.

Ich gebe zu, dass das Ergebniss dieser Reihe von Experimenten mich über die Aufklärung des Wesens der Vergiftung vom 17. September 1899 sehr nachdenken liess, als ich dann die Frage zu lösen suchte, aus welchem Grunde die betreffenden Torten mit einer sehr pathogenen Abart des Staphylococcus pyogenes aureus infizirt worden sein mochten.

Das Studium der Struktur und des Wachsthums auf

gewissen Nährmedien der kleinen Kokken, welche die Thiere rasch tödteten, ergab in den meisten Fällen, dass diese Kokken nicht zu dem Staphylococcus pyogenes aureus gehörten.

Bei der Ueberimpfung auf Petri'sche Schalen von Gelatine, die mit exsudativer Flüssigkeit aus der Bauchhöhle von zu Grunde gegangenen Thiere infizirt waren, wuchsen meistentheils Kokkobazillen in Form von saftigen, sehr schwach verflüssigenden Kolonien, die ein oberflächliches Wachsthum in Form eines saftigen, massiven, weisslich-grauen Blättchens gaben. Ich erachte es für überflüssig, die Wachsthumseigenthümlichkeiten der Kokken ausführlich zu beschreiben, die bei den oben angeführten Bedingungen der letzten Versuchsreihe die Thiere tödteten. Ich wollte nur feststellen, ob nicht in der Torte und in der Creme beim Sauerwerden bei einer Temperatur von 37 0 der Staphylococcus pyogenes aureus auftritt. Diese Frage muss ich im positiven Sinne beantworten.

In 2 Versuchen (im Ganzen waren es 8) mit in der Wärme sauer gewordener Nusscreme wuchsen auf Gelatineplatten, die mit exsudativer Flüssigkeit von Thieren, die in Folge von intraperitonealer Infektion mit schlechtgewordener Creme zu Grunde gegangen sind, Kolonien, deren Wachsthumseigenthümlichkeiten denen des Staphylococcus pyogenes vollkommen entsprachen. Das Studium der Reinkulturen dieser Kolonien bei verschiedenen Nährmedien, sowie Thierexperimente liessen dieselben als Staphylococcus pyogenes deuten.

Ferner stellte ich, wie gesagt, in den Brutofen eine Mischung von gezuckerter Milch, die mit Wallnüssen versetzt war, und injizirte darauf die sauer gewordene Mischung Kaninchen in die Bauchhöhle. Im Ganzen machte ich zehn derartige Versuche. In dreien derselben gelang es mir zu beweisen, dass in der exsudativen Abdominalflüssigkeit pyogene Kokken enthalten waren. Ich will nur ein Untersuchungsprotokoll anführen.

Einem Meerschweinchen von 430 g Körpergewicht wurden intraperitoneal 1,5 ccm einer Mischung von verzuckerter Milch mit zerkleinerten Wallnüssen injizirt, die in 2 Tagen bei einer Temperatur von 37 0 sauer geworden war. Nach 20 Stunden ging das Thier zu Grunde. Das Mikroskop ergab in der exsudativen Peritonealflüssigkeit eine Menge kleiner Kokken, die morphologisch den pyogenen Kokken ähnlich waren und sich nach Gram färbten. Mit dieser Abdominalflüssigkeit wurde Gelatine infizirt und letztere in Schalen vertheilt. Es wuchsen auf denselben zwei Arten von Mikroorganismen; die eine Art mit Verflüssigung der Gelatine, genau so wie der pyogene Kokkus wächst; die andere gab bei ihrem Wachsthum nicht verflüssigende Kolonien, und zwar solche in Form von saftigen, weisslichgrauen, oberflächlich liegenden Kugeln, mit strahlenförmiger Gestreiftheit, die vom Centrum der Kolonie zu deren Peripherie verlief. Die verflüssigenden Kolonien wurden auf schiefen Agar übertragen, um Reinkulturen zu erzielen. Das Studium des Wachsthums dieser Kultur kleiner Kokken auf Agar, Kartoffeln, Milch, in Gelatinestichkulturen, ergab mit absoluter Sicherheit, dass dieser Kokkus zu der Gruppe des Staphylococcus pyogenes aureus gehört. Für Thiere war dieser Staphylococcus in hohem Grade pathogen: nach intraperitonealer Injektion von 1 ccm einer Bouillonkultur ging das Thier an Sepsis zu Grunde, während die subkutane Injektion von 0,5 ccm am 8. bis 9. Tage an der Injektionsstelle einen Abscess erzeugte.

Auf Grund der letzten Versuchsreihe muss ich annehmen, dass die Torten, die in Charkow die Massenvergiftung hervorgerufen hatten, zum Verkauf in verdorbenem, angesauertem Zustande gelangt waren, und dass dieses Sauerwerden, vielleicht in seinem Anfangsstadium, durch den Einflusse der ungewöhnlichen Temperaturverhältnisse der Aussenwelt bedingt war. Ich dachte an die Erklärung des Ko[...]tors, dass das ganze Unglück dadurch herbeigeführt wor[...] ist, dass es am Tage der Herstellung der Cremetorten in [...] Konditorei, die eine Unmenge von Bestellungen hatte, un[...]wöhnlich heiss, und die Crème, mit der die Torten ü[...]gossen wurdenn, leicht sauer war und einen, wenn a[...] schwachen, so doch wahrnehmbaren säuerlich aromatisch[...] Geruch verbreitete.[1])

Nicht in jedem Falle führt das Sauerwerden einer T[...] bei hoher Temperatur der Atmosphäre, wie dies aus den letz[...] Experimenten zu ersehen ist, zur Entwickelung von Staph[...]coccus pyogenes, jedoch ist eine derartige Entwickelung dur[...]aus möglich. Ich muss übrigens hervorheben, dass es [...] in den in der Wärme des Laboratoriums sauer geworde[...] Crème, Torten, oder mit Nüssen versetzter Milch nicht e[...]mal gelungen ist, einen so hohen Gehalt an Staphyloco[...] pyogenes zu sehen, wie dies in der Torte vom 17. Septem-[...] 1899 der Fall war.

Man könnte die Einwendung machen, dass, sobald in [...] Nusscrèmetorte bei deren Sauerwerden in der Wärme si[...] der mit den Nüssen verschleppte Staphylococcus pyoge[...] aureus entwickeln kann, Vergiftungsfälle sehr häufig v[...]kommen müssten, was aber in der That nicht der Fall sei. Dar[...] möchte ich erwidern, dass der Genuss von sauer geworde[...] oder selbst nur leicht verdorbenen Crèmetorten schon an [...] für sich ziemlich selten ist: Jeder weiss, dass Nusscrè[...]torte rasch ihren Geschmack einbüsst, und man verzehrt di[...] Torte gewöhnlich bald nach deren Herstellung. Ferner ma[...] selbst hochgradiges Sauerwerden der Torte unter den g[...]wöhnlichen Verhältnissen der Zimmertemperatur dieselbe f[...] den Konsumenten noch nicht schädlich, und in solcher Tor[...] ist der Staphylococcus pyogenes aureus nicht enthalt[...] Für das Zustandekommen einer Vergiftung ist es nothw[...] dass die Torten bei hoher Temperatur sauer werden, w[...] auch unter diesen seltenen Bedingungen entwickelt sich [...] der Torte nicht immer der Staphylococcus. Dazu sind noch gewisse rein zufällige Umstände nothwendig. Was nun di[...] eventuelle Ansicht betrifft, dass Vergiftungen durch Creme-torten im allgemeinen selten sein sollen, so erlaube ich mi[...] daran zu zweifeln. Der Umstand, dass in der Literatur darüber keine Veröffentlichungen vorhanden sind, beweist eben noch nichts. So habe ich z. B. ganz zufällig Dank der Liebenswürdigkeit des Kollegen Bogopolski, des städtischen Sanitätsarztes zu Poltawa, erfahren, dass im Jahre 1897 am ersten Osterfeiertag sich in Poltawa 46 Menschen durch den Genuss von Nusscrèmetorten vergiftet haben. Die Torten waren sämmtlich in einer und derselben Konditorei von K., die sich in Poltawa eines guten Rufes erfreute, bestellt. Die Vergiftungssymptome äusserten sich ebenso, wie in Charkow, hauptsächlich durch Affektion des Magendarmkanals. Sämmtliche Personen haben sich auch dort bald erholt. Ich wiederhole, dass es sehr möglich ist, dass Vergiftungen durch Nusscremetorten auch irgendwo anders vorgekommen sind, und es würde mir durchaus eine Genugthuung sein, wenn meine vorliegende Arbeit die Aufmerksamkeit der Aerzte auf derartige Vergiftungen lenken würde, und ähnliche Vergiftungsfälle, wenn auch nur als kasuistisches Material, zur Veröffentlichung gelangen würden.

Welche sanitären Massregeln wären nun zu ergreifen, um solchen Massenvergiftungen vorzubeugen? Von allgemeinen Bestimmungen, wie z. B. über Raumverhältnisse der Konditorei, die Sauberhaltung etc., abgesehen,

---

[1]) In Charkow war am 16., 17. und 18. September ungewöhnlich heiss: die Temperatur betrug 21,6, 24,5 und 25,2° C.

nd noch spezielle Forderungen nothwendig, die sich unmittelbar uf die Herstellung der Nusscreme überhaupt beziehen. Man uss vor allem den Konditoreien die Forderung stellen, dass ei der Herstellung der Cremes überhaupt, die vom bakterioogischen Standpunkte aus ein äusserst wenig widerstandsähiges Material darstellen, diejenigen Mischungen, aus denen lie Cremes zusammengesetzt werden, durch Kochen oder Eritzen bis auf 80—90° C. sterilisirt werden. Leider vermeiden s die Konditoreien aus leicht erklärlichen Gründen, die Mischung bei 100° zu kochen, weil die Crèmes dabei an Geschmack verlieren. In Folge dessen ist es nothwendig, dass die Sterilisirung der Cremes bei 80—90° C. mindestens eine halbe Stunde dauert. Ferner müsste die Herstellung von Nusscremetorten in heissen Sommertagen überhaupt verboten werden. Bei der Herstellung der Cremetorten zu anderen Zeiten, besonders an an Bestellungen reichen Tagen, ist es nothwendig, dass die Torten unmittelbar nach der Herstellung nach irgend einem besonders kühlen Raume geschafft werden und nicht in den Werkstätten bleiben, wo selbst zur Winterzeit bei gesteigerten Anforderungen an die Produktion ein gewisser Ueberfluss an Wärme vorhanden ist.

Literatur.

1. Zeitschrift für Hygiene, Bd. XXVI.
2. Sammlung der im Laboratorium von Prof. v. Anrep ausgeführten Arbeiten. Lief. 1.
3. Wjestnik Obschtschestwennoj Gigieny, Mai 1899.
4. Zeitschrift für Hygiene, 1898, Bd. 28.
5. Hygienische Rundschau, 1891.
6. Ibidem, 1892.
7. Ibidem, 1895.
8. Ibidem, 1896.
9. Ibidem, 1997.
10. Ibidem, 1899.
11. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Supplementsband 20.
12. Ibidem, Supplementsband 22.
13. Ibidem, Supplementsband 23.
14. Hygienische Rundschau, 1892.
15. Arbeiten aus dem Gesundheitsamte, Bd. 6.
16. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 30.
17. Zeitschrift für Hygiene, 1. c.
18. Korrespondenzblatt des allgemeinen ärztlichen Vereins in Thüringen (citirt nach Wessenberg).
19. Zentralblatt für Bakteriologie, 1899, Bd. VI.
20. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 39.
21. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Supplementsband 20.
22. Hygienische Rundschau, 1893.
23. Jagodinski: Ptomaine und Leukomaine.
24. Archiv für Hygiene, Bd. 32.
25. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 22.
26. Archiv für Hygiene, Bd. 23.
27. Hygienische Rundschau, 1899.
28. Zeitschrift für Hygiene, Bd. 35.
29. Hygienische Rundschau, 1898, S. 1041.
30. Allgemeine medizinische Central-Ztg. 1894, No. 94.

Referate.

Chirurgie.

Beitrag zur Frage der Behandlung der traumatischen Verletzungen der Wirbelsäule.

Von Dr. Solowjew.

(Wratsch 1901, No. 4.)

S. hat in zwei Fällen von traumatischer Verletzung der Wirbelsäule, in denen es sich um Fraktur bezw. um starke Contusion der Wirbelsäule mit tiefem Bluterguss handelte, die Dehnung auf einer schiefen Ebene unter einem Winkel von 45° angewandt und durchaus befriedigende Resultate erzielt. Die Vortheile, welche diese Dehnungsmethode gewährt, sind nach S. die folgenden:

1. Die Dehnung wird in diesen Fällen durch das Gewicht des tiefer liegenden Theiles des Rumpfes bewirkt und vom Patienten kaum empfunden, weil die Dehnung langsam und gleichmässig vor sich geht; ausserdem ist dabei die Möglichkeit zufälliger Stösse und Verschiebungen, sowie gesteigerte Wirkung der Muskeln an der Stelle des Traumas beseitigt.

2. Da die Verletzungen am häufigsten den unteren Brusttheil und den Lumbaltheil der Wirbelsäule betreffen, so kann man in der grössten Zahl der Fälle als Stützpunkt abwechselnd den Kopf und die Schultern verwenden, was dem Kranken eine grosse Erleichterung verschafft. Bei Verletzungen am oberen Brusttheile und am Halstheile der Wirbelsäule, in welchen Fällen der Stützpunkt ausschliesslich auf den Kopf fällt, kann man nach Korrektur des gegenseitigen Verhaltens der Wirbelsäule bezw. deren Bruchstücke den Kranken vorübergehend in horizontale Lage bringen, da die Muskeln, um eine neuerliche Verschiebung zu bewirken, das Gewicht des gesammten tiefer liegenden Rumpftheiles überwinden müssten, und dies dürfte kaum der Fall sein; selbst Patienten, die mit Tuberkulose der Wirbelsäule behaftet waren, haben die Lageveränderung gut vertragen.

3. Die stark geneigte Lage der Kranken fördert den Abfluss des ausgetretenen Blutes nach unten und befreit somit das Rückenmark von abnormem Druck.

4. Die Herstellung der hier in Betracht kommenden schiefen Ebene ist sehr einfach und kann mit den primitivsten Mitteln geschehen. Lb.

Die irreponiblen Schulterluxationen und ihre blutige Behandlung.

Von Dr. G. Schoch.

Aus dem Kantonsspital Münsterlingen.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 29, Heft 1, Januar 1900.)

Sch. stellt aus der Literatur 54 Fälle von blutig reponirten Schulterverrenkungen zusammen und fügt einen eigenen Fall bei, welcher in völlige Heilung überging. — Unter diesen 54 Verrenkungen befanden sich 18 (bis zu einem Monat alte) frische Fälle; das Repositionshinderniss bildete bei 12 Kranken ein gleichzeitig vorhandener Bruch des chirurgischen Halses, bei je zweien Muskelzwischenlagerungen, resp. Bruch des Tuberculum maius, bei einem Zwischenlagerung der Kapsel, während beim letzten die Ursache nicht ermittelt wurde. Das Resultat der Operation war in 83 % der Fälle gut bis sehr gut, in 11 % nur mässig; bei 5 % war eine Nachresektion erforderlich.

Bei den 36 veralteten Fällen spielt die geschrumpfte resp. veränderte Kapsel eine viel grössere Rolle; bei 21 Kranken bildete sie das Repositionshinderniss, während bei dem Rest die Einrenkung in Folge von Brüchen des Tuberculum maius und minus, des Pfannenrandes, der Schulterhöhe und des Oberarmhalses nicht gelang. Die Resultate waren in 19,4 % schlecht, in 6,5 % mässig, in 64,5 % gut bis sehr gut. In 9,7 % wurde eine Nachresektion nothwendig, während 4 Kranke an der Operation starben.

Verf. kommt auf Grund seiner Literaturstudien zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die Arthrotomie ist bei frischen irreponiblen Luxationen des Schultergelenks das Normalverfahren.

Auch bei veralteten Fällen soll zuerst die Arthrotomie versucht, darf aber nicht unter allen Umständen erzwungen

werden; ist vorauszusehen, dass bei der Operation der Kopf stark lädirt werde, so schreitet man zur Resektion.

Beherrschung der Asepsis ist zur Erzielung eines guten Resultates unbedingt nöthig. Niehues.

Ein neues Verfahren zur Behandlung der Kniescheibenbrüche.

Von Dr. Popper-Hamburg.

(C. f. Ch. 1901, No. 6.)

Zwei Heftpflasterstreifen, lang 50, breit 4—6 cm, welche an ihren Enden Verbreiterungen in Form der Patella, aber etwa doppelt so gross, tragen, werden mit diesen den Konturen der Bruchstücke entsprechend angelegt, so dass an den langen Enden ein Zug im Sinne der gewünschten Reposition ausgeführt werden kann. Der obere Streifen wird durch einen Schlitz des unteren durchgeführt und nun (vor Ablösung des das Pflaster bedeckenden Mulles an den zum Zug verwendeten Stücken) eine Annäherung der Bruchstücke vorgenommen, wobei Pat. mit etwas gebeugtem Knie in halbsitzender Stellung sich befindet. Quer über die Bruchstelle wird unter dem Hauptstreifen ein Querstreifen untergeschoben, welcher die Kantung verhindert und einen Zug nach hinten ausübt. Die nunmehr vom Mull befreiten Streifen werden oben und unten festgeklebt und ihre Enden in Gipsringe, welche kniekehlenwärts mit gepolsterter Schiene verbunden sind, befestigt, so dass einerseits für Streckung gesorgt, andererseits Raum gelassen wird, um sofort mit Massage der Seitentheile des Gelenks zu beginnen. Nach 14 Tagen bis 3 Wochen können die Gipsringe, nach einer weiteren Woche die Pflaster entfernt werden, wonach sofort auch mit Bewegungen begonnen wird. Seelhorst.

Zur Behandlung von Patellarfrakturen.

Von Dr. Alexander Wiener, Professor der orthop. Chirurgie in Chicago. Clinical School.

(Centralbl. f. Chirurgie, 1901, No. 1.)

Nach Rasur und exakter Polsterung des Kniegelenks, sowie Anlegung einer Poplitealschiene wird achtertourförmig eine Gummibinde umgelegt, der Patient mit einer „Gehmaschine" versehen und für 4—5 Tage entlassen. Er kann zu Fuss die Klinik verlassen. Nach dieser Zeit wird der Verband unter festerer Anziehung der Gummibinde erneuert, der Erguss ist bereits zum Theil geschwunden. Seelhorst.

Ueber Behandlung und Verhütung arthrogener Kontrakturen im Kniegelenk.

Von Dr. Carl Bruns.

Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Barmen.

(Centralbl. f. Chirurgie, 101, No. 6.)

Durch Abtrennung der Sehnen des Biceps und Semitendinosus von ihrer Anheftungsstelle und Ueberpflanzung derselben auf die Sehne des Quadriceps gelang es, Kontrakturen von Kniegelenken, welche durch Kontraktion der genannten Kniegelenkbeugemuskeln hervorgerufen waren, zu beseitigen und dadurch die Gehfähigkeit wieder herzustellen. Die Streckung des Kniegelenkes ging in einem der Fälle nach Abnahme des in Beugestellung angelegten Gipsverbandes ohne passiv ausgeübte Streckung spontan von statten. Seelhorst.

Zur Behandlung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen.

Von Oberarzt Dr. Kaefer.

Aus dem Krankenhause vom rothen Kreuz in Odessa.

(Centralbl. f. Ch. 1901. No. 1.)

Verfasser, welchem sämmtliche zur Verhinderung der Verkürzung bei Unterschenkelbrüchen bisher getroffenen Massnahmen ungenügend erscheinen, empfiehlt einen von angegebenen kleinen Apparat, der sich ihm in einem bewährt hat, in welchem eine Verkürzung von 3 cm a glichen wurde. Ein exakt angelegter Gipsverband wird ci in einiger Entfernung von der Bruchstelle durchschnitten. nun angelegte Apparat besteht aus einem Eisenstäb welches halb mit rechts- halb mit linkswindendem Schra gang bedeckt ist, und in der Mitte eine knopfförmige dickung trägt, an welcher die die Schraube drehende Kraft greifen kann. Die Schrauben laufen in Muttergewi welche in 10 cm lange, grob geraspelte Eisenplatten ausla Diese werden auf dem Gipsverbande zu beiden Seiten Querspalten desselben aufgegipst und nach Erhärtung d entsprechende Drehung der Schraube langsam die Entfern der Theile des Verbandes von einander und damit Distraktion der Fragmente vorgenommen. Seelhorst.

Zur Behandlung des schrägen Unterschenkelbruch mit Bardenheuer'scher Extention.

Von Dr. Oscar Wolf, Oberarzt am kathol. Krankenhause zu B

(Centralbl. f. Chirurgie, No. 5.)

Verfasser macht im Hinblick auf einen im Centralblatt Chir., 1901, Heft I, von Kaefer-Odessa veröffentlichten A satz über „Behandlung der Verkürzung von Unterschen brüchen" auf Fehler aufmerksam, welche häufig die Wirk des seiner Ansicht nach einfach handzuhabenden Bardenheuer schen Extensionsverbandes illusorisch machen.

1. Das Bett, in welchem der Kranke liegt, muss so la sein, dass der Fuss, auch wenn der Kranke fussab rutsc das Fussbrett nicht berühren kann.

2. Die Gewichtschnur darf nicht so lang sein, dass be Fussabwärtsrutschen das Gewicht auf den Boden zu stehe kommt.

3. Ein Querbrettchen darf zwischen den gewichttrage Heftpflasterstreifen nicht eingeschoben sein, im Gegent diese müssen dem Fusse dicht anliegen, die Knöchel d ein Gazebäuschchen geschützt werden.

4. Die Heftpflasterstreifen müssen bis zur Mitte des Oberschenkels reichen.

5. Die Belastung muss 30—35 Pfund betragen, und zw 15—20 Pfund in der Längsrichtung, 5 Pfund für den n oben wirkenden Zug, 10 Pfund muss der das nach oben a weichende Bruchende nach unten drängende Bardenheuer'sche Schlitten tragen, ein vierter Zug greift, 5 Pfund tragend, na oben ziehend, zweckmässig, dicht unter dem Knie an.

6. Die Extension muss möglichst bald nach der Verletzung angelegt werden. Seelhorst.

Innere Medizin.

Ueber Erwerbsunfähigkeit bei Hautkrankheiten.

Von Dr. J. Neuberger-Nürnberg.

(Münch. Med. W. 1901, No. 17.)

Die Hautkranken stellen im Allgemeinen keinen grosse Prozentsatz der Arbeitsunfähigen, aber man darf ihre Betheiligung anch nicht unterschätzen. Wichtig ist es vor allem, dass der Arzt eine richtige Diagnose stellt.

Zum Beispiel wird man einen mit allgemeinen seborrhoischem Ekzem Behafteten trotz der Behauptung, der Juckreiz hindere ihn am Arbeiten, nicht krank schreiben, einen mit allgemeiner Knötchenflechte (Lichen ruber) Behafteten, bei dem der Juckreiz erfahrungsgemäss sehr stark ist, dagegen wohl.

Ein an Bartflechte, Gesichtseksem u. s. w. Leidender kann naturgemäss seiner Arbeit nicht nachgehen, wenn der Arzt ihn nöthigt, beständig zu wechselnde Sublimat- oder essig-

saure Thonerde-Umschläge zu machen. Daher sind diese Umschläge tagsüber durch Pflastermullverbände zu ersetzen. Weigert sich der Kranke, diese zu tragen, so muss er eben die Behandlung auf die Nacht beschränken. Sie wird ja dann langsamer zum Erfolg führen, aber „der Gewinn an Zeit (für den Kranken!) wird nicht durch den eminent grossen Verlust an Krankengeld (für die Kasse!) aufgewogen." Das gilt auch für Prurgio, Psoriasis u. s. w. u. s. w. Nur bei einigen akut auftretenden und rasch heilenden Affektionen (Impetigo contagiosa, beginnendes akutes Ekzem, Dermatitis, Ulcus cruris) kann sehr bedingt eine Ausnahme gemacht werden.

Arbeitsunfähigkeit tritt auch ein, wenn kleine operative Eingriffe bei beginnendem Lupus oder bei Tuberculosis verrucosa cutis nothwendig sind. Verfasser theilt den „bei den Dermatologen eingebürgerten" Standpunkt, dass man bei Furunkeln, statt einzuschneiden, möglichst durch Pflasterbehandlung die Arbeitsfähigkeit des Kranken aufrecht erhalten soll.

Bei übertragbaren Hautkrankheiten — Impetigo contagiosa, Scabies —, genügt es im Allgemeinen, den Arbeiter zur Vorsicht zu ermahnen und Vorkehrungen zu treffen, dass nicht durch Waschgefässe, Handtücher etc. die Mitarbeiter angesteckt werden.

Die schweren Hautkrankheiten, etwa Mycosis fungoides, Pityriasis rubra, bedingen Erwerbsunfähigkeit; bei andern können besondere Verhältnisse zu dem gleichen Ergebniss führen (z. B. Oedem bei Beingeschwür).

Die Gewerbeekzeme erfordern besondere Berücksichtigung Hier ist es unter Umständen möglich, selbst bei nicht völliger Ausheilung die Arbeit wieder beginnen zu lassen, besonders wenn der Kranke bei der Arbeit einen Verband tragen kann. Manchmal wird dadurch „der Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeit wesentlich herabgesetzt." (Wir citiren den Verfasser wörtlich, da wir nicht sicher sind, ob wir seinen seltsamen Ausdruck richtig verstanden haben), manchmal allerdings die Recidivbildung beschleunigt.

Verfasser schliesst mit dem Rathe, gelegentlich Spezialärzte zuzuziehen, seine Arbeit. Ref. kann nicht verhehlen, dass sie seine durch den Titel hochgespannten Erwartungen nicht ganz befriedigt hat. Im Wesentlichen enthält sie eigentlich nur eine Anweisung an den Kassenarzt, wie es zum Nutzen der Kasse vermieden werden kann, Hautkranke arbeitsunfähig zu erklären. Wir möchten doch einmal andere Hautärzte darüber hören, ob man, um nur ein Beispiel zu nennen, Krätzkranke nicht lieber in ein Krankenhaus schickt, statt sie — trotz aller „empfohlenen Vorsicht" — als Gefahr für ihre Mitarbeiter und vor allem für ihre Mitwohner frei herumlaufen zu lassen.

Ueber zwei Fälle von schweren, durch Injectionen von antidiphtherischem Heilserum hervorgerufenen Erscheinungen.

Von Dr. Barschach.
(Wratsch 1901, No. 9).

In dem ersten Falle handelte es sich um ein 12jähriges Mädchen mit dickem, diffusem, schmutzig-granem Belag auf den Tonsillen, von dem kleine Streifen nach der Uvula hin abgingen. Die Submaxillardrüsen waren geschwollen; die Temperatur betrug 37,4. Das Mädchen bekam eine Injection von 20 cbcm (2000 Immunisirungseinheiten) Serum aus dem bakteriologischen Institut zu Kiew. Nach 12 Tagen begann das Kind über heftige Schmerzen in den Gliedern der oberen und unteren Extremitäten zu klagen. Die Temperatur stieg auf 39,6. Am folgenden Tage waren die Schmerzen so heftig, dass das Kind auch nicht die geringste Bewegung zu machen vermochte. 2 Tage später trat ein Exanthem auf, worauf das Kind in das Krankenhaus eingeliefert wurde. Hier fand man auf Brust und Bauch einen erythematösen Ausschlag. Es bestand heftige intensive Schmerzhaftigkeit sämmtlicher Gelenke, die jedoch nicht geschwollen waren. Von Seiten der inneren Organe bestand nichts abnormes, desgleichen von Seiten des Rachens. Temperatur 39,1. Harn eiweissfrei. Nach 3 Tagen sank die Temperatur bis zur Norm, das Exanthem verschwand; die Schmerzen blieben jedoch noch ca. 8 Tage bestehen.

Der zweite Fall betrifft einen 7jährigen Knaben, dem wegen Rachendiphtherie gleichfalls dasselbe Quantum desselben Serums injicirt wurde. Zwei Tage später stieg die Temperatur, die früher 36,2 betrug, auf 39,1. Am ganzen Körper trat ein blasses, scharlachähnliches Exanthem auf. Zu gleicher Zeit begann der Belag auf der Rachenschleimhaut sich abzulösen. Allgemeinzustand äusserst schwer, vollständige Apathie. Harn normal. Nach 4 Tagen verschwand das Exanthem, Temperatur 37,3. In den nächsten Tagen zeigte der Harn beträchtlichen Eiweissgehalt, jedoch keine Formelemente. Dann stellte sich auf den Fingern und an den Gesässfalten Abschuppung des Epithels ein. Am 16. Tage nach der Einpritzung stieg die Temperatur wieder plötzlich auf 40,1 wobei gleichzeitig die Halsdrüsen anschwollen und schmerzhaft wurden. Am nächsten Tage betrug die Temperatur 36,7, dann traten Oedem des Gesichts und der Füsse und zu gleicher Zeit Bluthamen auf. Im Harn waren viel hyaline kernige Cylinder, sowie weisse und rothe Blutkörperchen enthalten. Seitdem allmähliche Besserung des Zustandes. Der Patient befindet sich gegenwärtig noch in Beobachtung. — Verf. schliesst sich auf Grund seiner Beobachtungen denjenigen Autoren an, die ein concentrirteres Serum wünschen, das die Möglichkeit gewährt, dieselbe Zahl von Immunisirungseinheiten in einem geringeren Serumquantum einzuführen. Lb.

Nervenkrankheiten.

Ein Fall von hysterischer Taubheit.

Von Prof. Dr. Fr. Schultze-Bonn.
(Deutsche Aerzte-Ztg. 1901, H. 4.)

Der Fall ist darum bemerkenswerth, weil dies Symptom der vollständigen Taubheit wochenlang als erstes und einziges Zeichen hysterischer Erkrankung bestand, bevor andere kennzeichnende Krankheitszeichen in Erscheinung traten. Ein heftiger Schreck beim Zuknallen einer Thür bildete die unmittelbare Ursache für das Zustandekommen der Taubheit, welche in ihrem Verlauf während sechs Wochen keinen Zweifel an der Natur des Leidens aufkommen liess. Der 14jährige Schüler verhielt sich genau wie eine Somnambule, welcher man den suggestiven Befehl, taub zu sein, ertheilt hat. Damit würde die Jolly'sche Auffassung dieses Symptoms sehr gut übereinstimmen, welcher in ihm ein „Nichtbeachten des Gehörten" sieht, das an sich unterhalb der Grenze für Aufmerksamkeit und Bewusstsein verläuft.

Marcinowski.

Ueber Störungen des Achillessehnenreflexes bei Tabes und Ischias.

Von Biro.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XIX, Heft 2—4, 1901.)

Verf. erscheint es recht zweifelhaft, dass bei gesunden Leuten die Sehnenreflexe fehlen können. Bei vielen Fällen von Erkrankung des Hüftnerven wird der Achillessehnenreflex beeinträchtigt und zwar bei einseitiger Affektion nur auf der kranken Seite; auf der Höhe der Erkrankung der Nerven kann der Reflex aufgehoben sein, um nach Wiederherstellung wieder zu erscheinen. Das gleiche Verhalten des Reflexes bei Ischias macht es nicht unwahrscheinlich, dass dieser eine Neuritis zu Grunde liegt. E. Schultze-Andernach.

Zur Physiologie und Pathologie der Sehnenphänomene an den oberen Extremitäten.

Von Mohr.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XIX, Heft 2—4, 1901.)

Verf. untersuchte das Verhalten des Triceps- und des Supinatorreflexes. Prüfungen an Soldaten zeigten deren Inconstanz; der erstere Reflex fehlte in 33 Prozent, der letztere in 13 Prozent der Fälle. Das Fehlen dieser Reflexe ist diagnostisch nicht von Belang; vor Allem ist es nicht für die Tabes zu verwerthen. Nur ihr Vorhandensein in normaler oder erhöhter Intensität kann verwendet werden.

E. Schultze-Eisenach.

Die Störung des Temperatursinns bei Syringomyelie.

Von Rosenfeld.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XIX, Heft 2—4, 1901.)

Interessant ist die Beobachtung, dass die thermische Sensibilität beeinträchtigt sein kann für einzelne Punkte, wie bei der Prüfung mit Reagensgläsern, während sie sich weniger gestört zeigt bei der Benutzung grösserer Hautflächen, wie z. B. bei dem Umfassen der Hand des Kranken durch die Hand des Arztes. Wie Verf. experimentell nachweist, ist dies Verhalten der Thermästhesie im Wesentlichen auf eine Summation von Temperatur-Sinneseindrücken zurückzuführen.

E. Schultze-Andernach.

Vergiftungen.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der akuten Sublimatvergiftung.

Von Dr. Paul Krause-Hamburg-Eppendorf.

(D. med. W. 1901, No. 8.)

Ein Arbeiter in einer Apotheke erkrankte, angeblich nach Genuss eines aus harmlosen Substanzen selbst gebrauten Schnapses mit Durchfall, Erbrechen, Waden- und Kopfschmerzen. Als klassische Erscheinung der Sublimatvergiftung waren vorhanden bezw. bildeten sich aus: Blutbrechen, stark saure Reaktion des Mundinhalts, geschwürige Entzündung der Mundschleimhaut, schwere Nierenentzündung, wässerig - schleimige Entleerungen, Abscess der Ohrspeicheldrüse.

Ungewöhnlich war das Erscheinen eines scharlachrothen Ausschlages, der zuerst punktförmig an den Händen, den Armen und der Brust auftrat, dann auf die übrigen Körpertheile überging und zu grossen Flächen zusammenfloss. Eine Schuppung trat nicht ein.

Es stellte sich heraus, dass der Kranke in selbstmörderischer Absicht 2 gr Sublimat, in 100 ccm Wasser gelöst, eingenommen hatte. Trotz dieser sehr hohen Giftmenge genas er. Verf. ist der Ansicht, dass hierzu ausser reichlichem Erbrechen auch die baldige Magenspülung wesentlich beigetragen hat. Nicht einmal eine vorher schon vorhandene tuberkulöse Spitzenerkrankung verschlimmerte sich in Folge der schweren Vergiftung.

Ueber einen Fall von Leuchtgasvergiftung in Petersburg.

Von Dr. Eckert.

(Wratsch 1901, No. 12.)

Die 37jährige Patientin wurde in das Krankenhaus in somnolentem Zustande, mit bei der Athmung bemerkbarem Trachealgeräusch und im Zustande äussersten Kräfteverfalls eingeliefert. Von dem Manne der Patientin konnte nur so viel in Erfahrung gebracht werden, dass die Krankheit sich plötzlich eingestellt habe, dass die Patientin niemals zuvor krank gewesen sei und keinen Alkoholmissbrauch getrieben habe. Die Untersuchung der Kranken sowohl, wie auch deren Dejektionen ergab keine bestimmte Anhaltspunkte für die Diagnose. Gegen Abend kehrte das Bewusstsein zurück, [illegible] besserte sich der Allgemeinzustand ein wenig. Nun stell[illegible] sich Anzeichen einer linksseitigen Pneumonie bei einer Te[illegible]peratur von 40° ein. Nach acht Tagen konnte jedoch [illegible] Patientin als vollständig geheilt entlassen werden. Nach [illegible] Tagen fand sich die Kranke mit ebensolchen Erscheinung[illegible] wie beim ersten Male wieder ein. Als sie zu sich kam, [illegible] zählte sie, auch zu Hause einen derartigen Anfall durch[illegible]macht zu haben. Die ursprünglich vermuthungsweise auf E[illegible]lepsie gestellte Diagnose musste fallen gelassen werden. N[illegible] einiger Zeit wurde in das Krankenhaus die 10jährige Toch[illegible] der Patientin eingeliefert, die vollkommen ähnliche Krankhe[illegible]erscheinungen darbot: Bewusstlosigkeit, Rasselgeräusche [illegible] Auch das Kind genas sehr rasch. Es war also klar, dass [illegible] Erkrankung der Mutter und die der Tochter eine gemeinsa[illegible] Ursache haben müssen. Eine vom Verfasser nunmehr [illegible]genommene Untersuchung der Wohnung der beiden Kranke[illegible] ergab sowohl im Hofe des Hauses, wie auch ganz besond[illegible] in der ersten Etage und in demjenigen Zimmer, in dem [illegible] Kranken wohnten, einen deutlichen Gasgeruch. Zugleich [illegible]fuhr Verf., dass ein Arbeiter, der zufällig in der Nähe dies[illegible] Ortes beschäftigt war, gleichfalls eine derartige Erkrank[illegible] durchgemacht hat. Als Quelle des Gases wurde eine hölzer[illegible] Röhre entdeckt, durch welche aus der in der Nähe befindlich[illegible] Gasanstalt Abfälle in die Kanalisationsanlage geleitet wurde.

Im vorstehenden Falle enthielt der Harn weder Eiwe[illegible] noch Zucker. Ferner bestätigt der Fall die Ansicht, dass [illegible] akuter Kohlenoxydvergiftung eine Steigerung der Tempera[illegible] auftritt, da die Patientin bei der zweiten Aufnahme eine Te[illegible]peratur von 39,5° darbot, ohne dass diese Temperatursteig[illegible]rung in irgend einer anderen Weise hätte erklärt werde[illegible] können. Als Komplikation war ausser der Pneumonie [illegible] eine grosse blutige Infiltration im Gebiete der rechten Ges[illegible]hälfte, welche später vollständig resorbirt wurde, aufgetre[illegible]

Fraglicher Fall von letaler Brechweinsteinvergiftung.

Von Prof. Erich Harnack-Halle.

(Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1901, H. 2.)

Der in mehrfacher Beziehung merkwürdige Fall bietet kurz folgenden Thatbestand: Ein Laborationsdiener soll seine Stellung verlieren, weil er ein Trinker ist. Die Frau geht [illegible] einem Kaufmann und bittet um ein Mittel gegen Trunksucht. Sie erhält angeblich 1 gr Brechweinstein in 15 gr Wasser gelöst in einem gewöhnlichen Fläschchen mit der Weisung, dreimal täglich 15—25 Tropfen „ohne den Bodensatz" dem Mann in Bier zu geben.

Der Diener befolgt die Weisung insofern, als er am 18. Juni Nachmittags, am 20. Juni Vormittags und am 22. Juni Nachmittags je ca. 25 Tropfen nimmt. Am 18. Nachmittags fühlt er sich schlecht, am 20. sieht er noch „käsig" aus. In dieser Zeit leidet er an Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Leibschmerz, Schwindel und vermehrter Harnausscheidung. Am 21. Juni sieht er ganz gelb und angegriffen aus. Am 23. Morgens setzt er sich im Laboratorium plötzlich auf den Boden und ruft: „Adieu, adieu". Dann streckt er sich lang aus, athmet noch eine Zeitlang tief und stirbt.

Der zugerufene Arzt nahm Selbstmord durch Cyankali an. Daher wurde die Beerdigung gestattet. (!)

Als am 20. Juli die Leiche ausgegraben und geöffnet wurde, ergab sich keine bestimmte Todesursache. Weder Cyankalium, noch Antimon, noch irgend ein anderes Gift war chemisch nachweisbar.

Der Drogist wurde wegen fahrlässiger Tödtung und wegen Uebertretung angeklagt.

H. als Gutachter legte sich selbst folgende Fragen zurecht:

I. War der Angeschuldigte zur Verabfolgung des Brechweinsteines berechtigt? Antwort: Zweifellos nicht. Brechweinstein darf selbst in der Apotheke ohne Rezept nicht verabfolgt werden.

II. Hat der Angeschuldigte das Mittel in einer unzweckmässigen bezw. gefährlichen Form verabfolgt?

Ja. Er hat eine nicht nur kalt gesättigte, sondern sogar übersättigte Lösung (Bodensatz!) verabfolgt, die eine genaue Dosirung fast unmöglich macht. Er hat nicht einmal ein Tropffläschchen, das die an und für sich unbestimmte Gewichtsmenge des „Tropfens" noch einigermassen gleich erhält, gegeben.

Er muss sich auch bei der Wägung grob versehen haben. Denn 1 gr Brechweinstein löst sich in 15 gr Wasser bei Zimmerwärme klar, ohne Bodensatz. Ausserdem fanden sich in dem Fläschchen, dem bereits 9 gr Flüssigkeit entnommen waren, noch theils als Bodensatz, theils gelöst 1,06 gr des Giftes; es müssen also ursprünglich über $1^1/_2$ gr gewesen sein.

III. Welche Mengen giftiger Substanz sind thatsächlich zur Anwendung gelangt?

Hier kommt Verf. auf den eigentlichen Kern seiner Ausführungen, auf die Frage der Tropfengewichte. Mit vollem Recht erklärt er, dass selbst die Aerzte von den wirklichen Tropfengewichten vielfach keine richtige Vorstellung haben. Das Tropfengewicht hängt, abgesehen von mannigfachen zufälligen Verschiedenheiten, vor Allem von der Tropf-Fläche ab; es ist grösser, wenn die Flüssigkeit vom Rande eines gewöhnlichen Fläschchens, als wenn sie aus einem Tropfschnabel tropft.

Der Gerichtsarzt im vorliegenden Falle nahm an, dass auf 1 gr der von dem Drogisten verabfolgten Brechweinsteinlösung ca. 15—20 Tropfen kämen. Das erwies sich bei nachträglich von H. angestellter Prüfung als ganz irrig. Auf 1 gr kamen von einer aus gewöhnlichem Fläschchen getropften Lösung von Tartarus stibiatus im Verhältniss von 1 : 15 durchschnittlich nicht viel mehr als 7 Tropfen. Der Verstorbene hat also etwa 3 × 0,2 gr genommen.

IV. Haben diese Giftmengen im vorliegenden Falle die Gesundheit geschädigt?

Hierüber ist zu sagen, dass die von den Angehörigen herrührende Krankheitsschilderung genau einer typischen Brechweinstein- (d. h. Antimon-) Vergiftung und auch der Höhe der Giftgabe entspricht.

V. Waren diese Giftmengen eventuell tödtlich? Hätte dies ein ärztlicher Sachverständiger voraussehen können oder müssen?

Die besonders in Frankreich und England gemachten Erfahrungen beweisen, dass 0,6 gr Brechweinstein, in 3 Portionen à 2 Decigramm genommen, einen Erwachsenen tödten können, auch wenn sie, was im vorliegenden Falle lange nicht auszuschliessen ist, nicht mit Arsen verunreinigt sind. Natürlich muss diese Wirkung nicht eintreten. Man hat Fälle erlebt, wo 6 und selbst 15 gr überlebt worden sind.

Unsere Aerzte werden freilich ohne besondere Vorstudien geneigt sein, die Frage 5 zu verneinen. Denn im Arzneibuch für das Deutsche Reich steht als Maximaldosis 0,2 bzw. 0,5 verzeichnet. Verf. ist im Ganzen kein Freund der Maximaldosentabelle, er meint, dass sie leicht dazu verleitet, übergrosse Gaben zu verordnen, weil im Gedächtniss die Maximaldosis mit dem Namen des zugehörigen Mittels eng verbunden ist. Mindestens ist eine gründliche Revision der Maximaldosen geboten.

VI.—VIII. Ist der Tod thatsächlich durch das von dem Angeschuldigten verabfolgte Mittel verursacht worden oder hätte dann das Gift unbedingt in der Leiche gefunden werden müssen? Ist der Tod durch besondere körperliche Zustände begünstigt worden? Sind Anhaltspunkte für eine andre Todesursache, speziell Vergiftung mit Cyankalium, vorhanden?

Die letzte Frage zuerst betrachtend muss man sich wundern, wie bei dem Fehlen aller charakteristischen Merkmale ein Arzt die Diagnose „Cyankaliumvergiftung, Selbstmord" aussprechen konnte. Mit Sicherheit ist die Todesursache überhaupt nicht ermittelt.

Seltsam ist das Fehlen von Antimon, das doch sicher im Körper gewesen ist, und unzerstörbar ist, in den untersuchten Leichentheilen. Man hätte eventuell auch die Knochen und etwa vorhandenen Harn untersuchen müssen. Fehlte das Antimon wirklich, so kann es nur durch die der Fäulniss entsprechenden Flüssigkeitsbewegungen herausgekommen sein.

Recht wahrscheinlich hat veranlagend für den Tod das Fettherz des Verstorbenen gewirkt.

Das Gericht kam bezgl. der fahrlässigen Tötung zu einem, wie nicht anders zu erwarten war, freisprechendes Urtheil.

Augen.

Untersuchungen über Augenmagnete.

Von Dr. Siegmund Türk.

(Arch. f. Augenheilkunde 1901 XLII. Band S. 266—280.)

Verf. stellte Messungen an über die Kraft, mit welcher Eisensplitter von 1—500 mgr von dem kleinen Hirschberg'schen und dem grossen Haab'schen Magneten in verschiedener Entfernung angezogen werden. Beide Magnete wurden senkrecht aufgestellt, so dass sie mit ihrem unteren Ende die Eisensplitter anzogen. Letztere waren genau gewogen und zwischen zwei Blätter gummirten Papieres geklebt, so dass nur das dem Magnetpol zugekehrte Ende frei lag. Durch das Papier wurde ein Häkchen gestochen, welches eine kleine Papierschale mit Gewichten trug. Der Eisensplitter wurde entweder direkt an den Magnet gelegt, oder durch eine zwischengeschaltete horizontale Messingplatte in bestimmter Entfernung von demselben gehalten und so lange mit Gewichten beschwert, bis er vom Magneten abfiel. Die Versuche ergaben, dass die anziehende Kraft um so geringer wird, je kleiner der Eisensplitter ist. Bei direkter Berührung ist der Unterschied zwischen dem grossen und kleinen Magneten hinsichtlich der Anziehungskraft nur gering, dagegen entfaltet schon bei einer Entfernung von 2 mm der grosse Magnet eine durchschnittlich elf mal stärkere Wirkung als der kleine, bei 5 mm Abstand beträgt das Kräfteverhältniss im Mittel 47:1, bei 1 cm 357:1. Der kleine Magnet trägt in einer Entfernung von 1 bis $1^1/_2$ cm die Splitter selbst ohne jede Belastung nicht mehr, während der grosse Magnet einen Splitter von 1 mg Gewicht in 2,5 cm Abstand noch mit 13 mg Belastung und in 5 cm Abstand noch mit 1 mg Belastung trägt. Der grosse Magnet besitzt also eine beträchtliche Fernwirkung, doch übt auch der kleine eine solche aus, welche sich bei grossen Eisensplittern bis auf 1 cm, bei mittleren und kleinen auf 2 bis 5 mm erstreckt. Bei Benutzung des grossen Magnets soll man die Kraft nicht stärker nehmen, als zur Extraktion erforderlich ist, man erreicht diesen Zweck am besten, wenn man die Operation in möglichst grosser Entfernung von dem Magneten vollzieht. Dies Verfahren verdient den Vorzug vor der dem gleichen Zwecke dienenden Herabsetzung der Stromstärke. Bei einem kräftigen Magneten kann das Operationsgebiet weiter fortgerückt werden, als bei einem schwächeren. Es kommt hierdurch ein gleichmässigerer Ablauf der Anziehung des Splitters zu stande, sodass ein möglichst kräftiger Magnet stets den Vorzug vor einem mittelstarken verdient. Der kleine Magnet wird zweckmässiger Weise da angewendet, wo er ohne Ver-

letzung des Glaskörpers dem Eisensplitter bis auf einige Millimeter genähert werden kann, anderenfalls ist der grosse Magnet am Platze. Groenouw.

Die für die Praxis beste Art der Gesichtsfelduntersuchung, ihre hauptsächlichsten Resultate und Aufgaben.

Von Professor Schloesser.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Herausgegeben von Professor Vossius. III. Band, Heft 8. 1901.

Verf. empfiehlt zur Untersuchung des Gesichtsfeldes das Förster'sche Perimeter, an welchem das Objekt nicht mittelst eines Schnurlaufes und Schlittens, sondern mittelst der Hand und eines schwarzen Weberschen Stabes geführt wird. Bei der Prüfung mit Farben hält Verf. das binokulare Perimetriren für besonders zweckmässig. Der Kranke hält beide Augen geöffnet, verdeckt aber das nicht untersuchte Auge mit einem farbigen Glase, dessen Farbe zu der des Prüfungsobjektes komplimentär ist z. B. gelb bei der Untersuchung mit einem blauen Objekt. Auf diese Weise erscheint die farbige Marke dem nicht untersuchten Auge farblos. Es werden auf diese Weise Skotome leichter gefunden als bei monokulärem Perimetriren. Das Objekt wird stets zentripetal bewegt und der Punkt, an welchem seine Farbe richtig erkannt wird, resp. bei Weiss die Stelle, an welcher es überhaupt gesehen wird, in einem Schema notiert. Durch Verbindung der als Aussengrenzen markirten Punkte, erhält man die Form des Gesichtsfeldes für Weiss, dann folgen weiter centralwärts die Grenzen für blau und gelb, sodann für roth und grün. Das Gesichtsfeld zeigt bei Erkrankungen des Auges bestimmte Veränderungen. Bei Chorioiditis sind manchmal die Aussengrenzen für Blau enger als für Roth, oder es besteht ein Skotom für Blau, in welchem Roth noch erkannt wird. Bei Netzhautablösung sind die abgehobenen Partien zuweilen rotblind, während für Blau oft noch ein, wenn auch herabgesetztes Erkennungsvermögen besteht. Für die Unterscheidung einer Stauungspapille von einer Papilloretinitis ist nach Ansicht des Verf. die Gesichsfeldprüfung insofern von Wichtigkeit, als bei ersterer keine oder nur eine mässige Einengung der Farbenfelder besteht, während sich bei letzterer neben einer Herabsetzung der Sehschärfe eine bedeutende Einengung des Gesichtsfeldes ev. mit peripheren oder zentralen Skotomen findet. Bei längerem Bestehen einer Stauungspapille können allerdings auch erheblichere Veränderungen im Gesichtsfelde auftreten. Die Diagnose der retrobulbären Neuritis, zu welcher auch die Intoxikationsamblyopie gehört, ist meist nur mit Hilfe der Gesichtsfeldprüfung möglich. Es findet sich ein zentrales Skotom für Farben, vornehmlich für Rot, oder auch für Weiss von sehr verschiedener Grösse. Bei der Sehnervenatrophie erfolgt eine fortschreitende Verengerung des Gesichtsfeldes von der Peripherie her und zwar ist diese für Farben erheblich grösser als für Weiss, für Rot und Grün wieder beträchtlicher als für Blau und Gelb. Auch für die Diagnose der Sehnervenatrophie ist das Perimeterbild von grosser Bedeutung, da der Augenspiegelbefund keineswegs immer eindeutig ist. Bei Schädigungen des Chiasma nervorum opticum tritt temporale, bei einer solchen eines Traktus opticus homonyme Hemianopsie auf. Der Gesammtzustand beeinflusst das Gesichtsfeld in hohem Grade. Dieses verengt sich nämlich konzentrisch infolge lokaler oder allgemeiner Ermüdung schon bei gesunden Personen, noch mehr bei erschöpfenden Krankheiten. Bei Hysterie und verwandten Erkrankungen ist das Gesichtsfeld oft konzentrisch verengt, und zwar für Blau nicht selten stärker als für Rot, ferner besteht häufig Foersterscher Verschiebungstypus. Zum Schluss erwähnt Verf. noch das oszillirende Gesichtsfeld, bei welchem multiple flüchtige Skotome auftreten, und das Verhalten des Gesichtsfeldes Schielender. Groenouw.

Augenverletzung durch Arznei-Explosion.

Von Kreisphysikus Dr. Reimer-Rüdesheim.

(Ztschr. f. Medizinalbeamte 1901. No. 8.)

Ein Thierarzt verordnet für eine Kuh ein Mischun
30 g übermangansauren Kalis mit 60 g verdünntem Sp
Dem Apotheker kommt das Rezept auffallend vor, er
als Vorversuch ca. 2—3 g des Kalisalzes mit ca. 20 g
tus, ohne dass sich Auffälliges ereignet. Jetzt lässt
Rezept anfertigen.

Ein Mädchen trägt die mit Kork verschlossene Fl
weg; kaum ist sie 5 Minuten gegangen, so explodir
Flascheninhalt, der Kork wird herausgeschleudert, die Di
verletzen das rechte Auge, das durch Hornhauttrübunge
Lidverwachsungen dauernd geschädigt bleibt.

Der Fall ist vom Standpunkt des gerichtlichen Sac
ständigen nicht ganz einfach zu beurtheilen. Im Arzne
steht — aber unter den Mitteln zur Identitätsprüfung —,
übermangansaures Kali beim Verreiben mit vielen leicht
zündlichen Körpern zur Entzündung unter Explosion führt
verdünntem Spiritus entzündet es sich denn auch wirk
aber erst bei bestimmter Konzentration und bestimm
Wärmegrad; andernfalls tritt unter langsamer Oxydation
mähliche Umwandlung in Braunstein ein.

Verf. nimmt, entgegen den zugezogenen Chemikern
Apothekern, an, dass den Apotheker eine Schuld trifft. Er
da er einen Irrthum vermuthen musste und auch ver
hat, das Rezept nicht ohne Weiteres anfertigen dürfen.

Der Thierarzt erklärte, er habe mehrmals derartige
schungen ohne Nachtheil verordnet, was nach oben Gesagte
nicht unwahrscheinlich ist.

Ohren.

Beitrag zur Lehre vom otitischen Hirnabscess.

Von Privatdozent Dr. Paul Manasse-Strassburg i. E.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., 38. Bd., 4. Heft).

Von den beiden rechtsseitigen Schläfenlappenabscessen,
Verf. hier veröffentlicht, ist für den ärztlichen Praktiker besond
der zuerst beschriebene von Interesse, weil er ohne alle Sy
ptome verlief und gewissermassen nur zufällig bei der
Heilung des eiterigen Ohrenleidens vorgenommenen Mastoidop
ration entdeckt wurde, namentlich aber auch, weil die primä
Mittelohraffektion erst 5 Wochen bestand, das Weitergreif
des eiterigen Vorgangs auf das Gehirn also auffallend ras
erfolgt war. Der Fall ist recht geeignet, das Gefahrvolle d
Otitis purulenta wieder einmal vor Augen zu führen. Der Kran
wurde von seinem Ohrenleiden mitsammt seinem Hirnabsce
durch frühzeitige Operation geheilt. — Der andere Fall betri
einen Hirnabscess nach chronischer Mittelohreiterung; auch
sass im rechten Schläfenlappen und konnte, was sehr selt
ist, abgesehen von den Hirndrucksymptomen, die er zur Folg
hatte (Kopfschmerz, Stauungspapille, langsamer Puls, E
brechen), besonders aus den von ihm verursachten Lähmung
erscheinungen (linker Arm, linkes Bein, linker Facialis) diagno
sticirt werden. Der Kranke überstand die Operation eben
falls. Richard Müller.

Ein Fall von Carotisblutung in Folge von Caries des Schläfenbeins.

Von Dr. Zeroni-Karlsruhe.

(Archiv f. Ohrenheilk., 51. Bd., 2./3. Heft.)

Bei einem an weit vorgeschrittener Lungenphthise leidenden, 29 Jahre alten Bergmann war zur Heilung einer Mittel-

ıreiterung mit tuberkulöser Caries des Schläfenbeins die ıg. Radikaloperation vorgenommen worden. Acht Tage daıuf, beim zweiten Verbandwechsel, spritzte nach Entfernung es letzten Tampons aus der Tiefe der Knochenwundhöhle ıit grosser Gewalt ein Blutstrahl hervor, der trotz seiner {raft auf Tamponade alsbald versiegte. Zwei Tage darauf ber fand plötzlich nach einer anstrengenden Stuhlentleerung ine profuse Blutung in den Verband hinein statt; auf erneute este Tamponade stand diese zwar wiederum, doch erfolgte ıald darauf der Tod des an sich schon in extremis lungeneidenden, durch den Blutverlust aber noch weiter erschöpften Kranken.

Der Fall weist, wie die übrigen, bisher veröffentlichten Fälle ähnlicher Art, die übrigens nur spärlich sind, auf eine weitere Gefahr der Mittelohreiterungen — neben den cerebralen und sonstigen Komplikationen — hin und gemahnt auch seinerseits zu frühzeitigem ärztlichen Eingreifen, zum mindesten aber zu frühzeitiger fachärztlicher Ueberwachung solcher Eiterungen. Dass Tuberkulose keine Kontraindikation gegen die Mastoidoperation ist, sondern im Gegentheil erst recht zu energischem Handeln drängt, zeigt der Fall nicht minder.

Schliesslich bietet er für den ärztlichen Sachverständigen noch insofern besonderes Interesse, als durch die Obduktion mit Sicherheit nachgewiesen wurde, dass die der Paukenhöhle zugekehrte Wand des Carotiskanals cariös zerstört war und der tuberkulöse Prozess von dort aus auch die häutige Carotiswand ergriffen hatte, was schliesslich zur spontanen Ruptur der Gefässwand geführt hatte, — dass also nicht etwa, wie zunächst wohl auch zu vermuthen gewesen wäre, durch ein Verschulden des Operateurs die Carotiswand bei der Operation verletzt worden war. Es wird gut sein, sich dies in solchen Fällen gegenwärtig zu halten, in denen die Bestätigung durch die Obduktion fehlt. Richard Müller.

Hämophile Blutung aus dem Ohre.

Von Dr. S. Tomka-Pest.

(Archiv f. Ohrenheilk., 51. Bd., 2./3. Heft.)

Eine Woche nach einer Paracentese des Trommelfells kam es bei einem $2^1/_2$ Monat alten Knaben, dessen Bruder und Oheime mütterlicherseits ebenfalls Hämophilen sind, zu einer 8 Tage lang anhaltenden Blutung aus dem Ohr, die das Kind arg herunterbrachte und zu ernster Besorgniss Anlass gab. Dann endlich stand die Blutung, und der Trommelfellschnitt heilte in 4 Tagen zu.

Im Anschluss hieran theilt Verfasser einen ihm von Haug in München überlassenen Fall mit, in dem bei einem 15jähr. Knaben ein Paukenhöhlenpolyp 14 Tage lang Blutungen verursachte. Nach seiner Abtragung mit der kalten Schlinge trat erst recht starke Blutung auf, die weder durch Tamponade noch galvanokaustisch gestillt werden konnte und erst auf Einführung eines in Liquor ferri sesquichlor. getränkten Wattepfropfens stand. Auch hier wurde nachträglich erbliche Belastung nach hämophiler Richtung hin festgestellt.

Interessanter noch als dieser letztere ist T.'s eigener Fall, welcher zeigt, dass bei Hämophilen selbst ein so kleiner Eingriff in die Trommelfellparacentese eine lebensgefährliche Blutung im Gefolge haben kann. Richard Müller.

Zur Behandlung der akuten Mittelohreiterung.

Von Dr. Bruno Bochner-Berlin.

(Inaugural-Dissertation, Leipzig 1901).

Das wichtige Thema der Behandlung der akuten Mittelohreiterungen giebt dem Verf., der auf des Ref. Ohrenstation im Garnisonlazareth I zu Berlin mehrere Monate gearbeitet hat, Gelegenheit, nach einer kurzen kritischen Besprechung anderer, früher und zum Theil auch jetzt noch üblicher Behandlungsarten eine kräftige Lanze für die grundsätzliche Durchführung der sog. Trockenbehandlung bei akuten Mittelohreiterungen einzulegen. Das Ohr wird täglich einmal sorgfältig ausgetupft, dann wird ein absaugender, steriler Gazestreifen in den Gehörgang eingeführt und darüber ein gleichfalls absaugender Gazeverband gelegt. Daneben wird Bettruhe, Schwitzen, Abführen und Eisblase hinter das Ohr verordnet. Also keine Ausspülungen und Ausspritzungen des Ohres, kein Einstäuben von Borsäurepulver und dergl.! Die Trockenbehandlung ist auch in der nichtklinischen, privaten Praxis leicht durchführbar, und zwar, in Folge der Einfachheit ihrer Technik, auch seitens des praktischen Arztes, der nicht als Ohrenspezialist ausgebildet ist, wie Verf. sehr mit Recht besonders hervorhebt. Den Schluss bildet ein kurzer Auszug aus 25 Krankengeschichten, die geeignet sind, den guten Erfolg der Trockenbehandlung zu illustriren.

Richard Müller.

Hygiene.

Massenerkrankung nach Wurstgenuss.

Von Oberstabsarzt A. Pfuhl-Hannover.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 35, H. 2.)

Im April 1900 erkrankten in Hannover 81 Soldaten rasch hintereinander an akutem Magendarmkatarrh, der rasch vorüberging. Die Erkrankung schloss sich unmittelbar an den Genuss sogenannter Rinderwurst. Nur in dieser konnte, da die Leute seit dem Mittagessen nichts anders zu sich genommen hatten und zur Wurst nur Kaffee getrunken hatten, die Krankheitsursache gesucht werden.

Die Wurst sah gut aus, roch und schmeckte tadellos. Als das Material drei Tage später zur bakteriologischen Untersuchung eintraf, war die Farbe zwar schmutziggrau geworden, der Geruch war jedoch nicht faulig, sondern erinnerte an stark gewürzte Leberwurst.

Chemisch erwies sie sich als einwandsfrei. Mikroskopisch enthielt sie wenig Fleisch, in dessen Fasern die Querstreifung meist undeutlich erschien oder ganz fehlte.

Thiere, denen Auszüge der Wurst eingespritzt wurden, blieben gesund. Anders dagegen solche, die mit der Wurst gefüttert wurden. Es stellten sich bei ihnen lebhafte Durchfälle und lähmungsartige Erscheinungen ein. Aus den Organen liess sich ein Spaltpilz züchten, der sich als Proteus-Art darstellte. Kulturen davon, welche Mäusen eingespritzt wurden, bewirkten in einem Falle Tod unter Erscheinungen von Darmentzündung. Aehnlich wirkte Verfütterung der Kulturen. Verschiedene Thierarten reagirten verschieden heftig.

S. führt die Massenerkrankung unter den Mannschaften auf diesen Spaltpilz zurück, der sich durch einige hier nicht genau aufzuzählende Merkmale vom Proteus vulgaris unterschied.

Wichtig ist noch, dass das Filtrat lebender Kulturen bei Erhitzung über 60° in seiner Giftigkeit erheblich abnimmt, dass das Filtrat lebender Kulturen wenig giftig war, dagegen der Filterrückstand nicht blos bei lebenden, sondern auch bei abgetöteten Kulturen krankmachend wirkte. Die Giftstoffe sind also an die Bazillenleiber gebunden.

Die Proteusvergiftung ist in der Literatur bisher nur spär-

lich beschrieben. In früheren Fällen waren andere Arten dieser Gruppe betheiligt, die Fälle verliefen viel ernster. Die Seltenheit der Erkrankung ist um so auffallender, als die Proteus-Arten in der Natur so ungemein verbreitet sind. Welche besonderen Verhältnisse gelegentlich ihre krankmachende Wirkung hervorrufen, und wie diese überhaupt zu Stande kommt, ist zur Zeit noch unbekannt.

Versuche über eine Möglichkeit der Entstehung von Fleischvergiftungen.

Von Priv.-Doz. Dr. O. Bail-Prag.
(Hyg. Rundsch. 1900, No 21.)

In der Nähe einer Leimfabrik, die massenhaft Fliegen anlockte, wurde auffallend rasches Verderben von Nahrungsmitteln beobachtet. Verfasser stellte Untersuchungen über etwaigen Zusammenhang dieses Uebelstandes mit der grossen Zahl der Fliegen an.

Er setzte Fliegen verschiedener Arten unter Drahtglocken auf Nahrungsmittel, die mit Bacillus botulinus (van Ermengem) und Bacillus enteritids sporogenes (Klein) infizirt waren. Die Fliegen erwiesen sich, bakteriologisch untersucht, nachher als Träger von Spaltpilzen, die, auf Thiere übertragen, die Zeichen der Fleischvergiftung hervorriefen.

Verfasser schliesst daraus, dass Fliegen auch sonst als Ueberträger der Fleischvergiftungskeime dienen können.

Massenvergiftung nach Hummergenuss.

Von Dr. Georgi, Oberamtswundarzt in Rottenburg a. N.
(Münch. Med. W. 1901, No. 18.)

24 junge Leute, die Hummer-Mayonnaise von Büchsen-Hummer gegessen hatten, erkrankten nach wenigen Stunden an Uebelkeit und Erbrechen mit Kopfweh, Gliederreissen, Kreuzschmerzen und schlechtem Allgemeinbefinden. Meist trat nach reichlichem Erbrechen rasche Wiederherstellung ein. Vier der Erkrankten jedoch blieben so elend, dass sie in die Tübinger Klinik für 2—3 Tage verbracht werden mussten, wo bei dem einen vorübergehend Zucker im Harn gefunden wurde — eine sehr ungewöhnliche Erscheinung bei solchen Fällen.

Verfasser vermuthet, dass der Wirth wissentlich etwas angefaulten Hummer seinen sonst nicht so verwöhnten „Tischherren“ vorgesetzt hat, nachdem er den Zersetzungsgeruch durch Mayonnaisenzusatz gemindert habe. (Das kann ja sein, aber es muss nicht sein! Ref.).

Aus Vereinen und Versammlungen.

Sitzung des Ausschusses der Deutschen Bahnärzte vom 12./13. April 1901.

Berlin. Anhalter Bahnhof.

12. April 1901.

Der Vorsitzende Herr Geh. Rath Dr. Brähmer eröffnet die Sitzung. Schriftführer Dr. Schwechten. Anwesend: Löwenthal-Königsberg i. Pr., Le Blanc-Elberfeld, Barthel-Breslau, Creutzberg-Magdeburg, Fröhlich-Baden, Baehr-Erfurt, Voigt-Erfurt, Schrick-Elsass-Lothringen, Gröpper-Münster, Davidsohn-Danzig, Bode-Cassel, Wahl-Essen, Weber-St. Johann-Saarbrücken, Waechter-Altona, Beck-Württemberg, Stich-Bayern, Krieger-Baden, Theilkuhl-Hannover, Laschke-Posen, Heinrich-Mainz, Klingelhöfer-Frankfurt a. M., Kaess-Frankfurt a. M., Laffert-Stettin, Brähmer-Berlin, Schwechten-Berlin, Zeitlmann-Bayern, Rinke-Kattowitz, Herzfeld-Halle a. S., Nieprasch-Bromberg, ferner als Gäste: O.-St.-A. Dr. Pannwitz-Charlottenburg, Dr. Roepke-Belzig, Dr. Ramm-Berlin, Hahn-Berlin, Rosmanith-Wien.

Herr Brähmer theilt in Bezug auf die im vorigen Jahre gefassten Beschlüsse mit, dass die Direktion Berlin vom Sommer 1901 an verfügt hat, dass die Signalhörner für jeden Beamten mit besonderem Mundstück zu versehen sind; bei festen Mundstücken sind die Signalhörner nur von einem Beamten zu verwenden oder mit Ueberschiebemundstücken zu bedecken zur Verhütung der Uebertragung von ansteckenden Krankheiten, insbesondere von Tuberkulose. Aehnliche Verfügungen sind in anderen Direktionen theils erlassen, theils stehen sie in Aussicht.

In Sachen der Veröffentlichung der Sitzungsberichte stimmte die Mehrzahl für die Vereinbarung mit Herrn Schoetz, die Berichte in der Sachverständigen-Zeitung zu veröffentlichen und 500 Exemplare gratis den Bahnärzten zu liefern. Herr Brähmer bittet um pünktlichere Einsendung der Berichte und um thätigere Mitarbeit. Neugegründet sind die Vereine Altona, Vorsitzender Dr. Wächter, Münster, Vorsitzender Dr. Isermeyer, San.-Rath; in Hannover steht die Gründung des Vereins unmittelbar bevor, so dass nunmehr bei allen preussischen Direktionen bahnärztliche Vereine bestehen. Von den Bundesstaaten fehlt nur Sachsen.

Gestorben sind Herr San.-Rath Dr. Redecker in Bochum und Herr San.-Rath Dr. Bertog-Oschersleben, die als Stellvertreter den Ausschusssitzungen beigewohnt haben. Der Vorsitzende widmet beiden Herren ehrende Worte der Anerkennung und ersucht die Anwesenden, sich zu Ehren der Verstorbenen zu erheben. (Geschieht.)

Herr Dr. Blume ist durch Krankheit am Erscheinen verhindert. Es wird beschlossen, ihm ein Begrüssungstelegramm mit dem Wunsche für baldige Genesung zu übersenden.

Vom Reichs-Eisenbahn-Amt ist die preisgekrönte Schrift des Herrn Dr. Knopf-Neu-York „die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung“, herausgegeben vom Deutschen Centralkomité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke dem Ausschusse übersandt und die Anschaffung den Vereinen empfohlen.

Sodann theilt der Vorsitzende mit, dass auf sämmtlichen Bahnhöfen jetzt Anschläge angebracht sind, welche das Ausspeien in die Wagen, auf die Treppen und in den Bahnhofsräumen verbieten, sowie, dass angebahnt wurde, alle Zugaborte, soweit sie nicht Wasserspülung haben, mit Klappen, die auch ohne Wasserspülung gut funktioniren, zu versehen.

Es wird beschlossen, die nächste Sitzung Sonnabend um 4 Uhr zu halten und Sonntag früh 8 Uhr einen Ausflug zur Besichtigung der Heilstätte in Belzig zu unternehmen.

Danach hält Herr Ober-Stabarzt Dr. Pannwitz seinen Vortrag über den „Stand der Tuberkulosebekämpfung im Jahre 1901“ an der Hand des Geschäftsberichts für die Generalversammlung des Central-Komités am 23. März 1901, den der Herr Vortragende in 30 Exemplaren vertheilt. Er besprach die Unterbringung Lungenkranker in Heilstätten, die eine wesentlich deutsche Einrichtung sei, doch sei vorläufig für die unteren Bevölkerungsklassen wesentlich besser gesorgt als für die mittleren, und für die Männer besser als für die Frauen. Bei der Auslese der Kranken für die Heilstätten besprach Redner auch die Genesungsheime und die Erholungsstätten, ferner fand Erwähnung die ergänzende Fürsorge für Heilstättenpfleglinge, die Familienfürsorge während und die Arbeitsbeschäftigung nach der Kur, die ländlichen Kolonien und Arbeitergärten Bei den weiteren Folgen der Heilstättenfürsorge interessirten die Bahnärzte besonders die Massnahmen

ı den Verkehrsanstalten, die Prüfung der Anwärter auf Heredität und Neigung zur Tuberkulose, Bau zweier Lungenheilstätten für die Bahnarbeiter, sowie die Inaussichtnahme der Unterbringung der Beamten. Uebernachtungsräume, Bäder, Anschaffung eigener Bettwäsche und Signalhörner, Anschläge in den Dienststellen. Reinigung der Personenwagen. Beschaffung hygienischer Spucknäpfe, Desinfektion der Viehwagen. Desinfektion der Warteräume und Wagen. Sputumuntersuchungen können seitens der Bahnärzte auf Kosten der Verwaltung veranlasst werden. Schliesslich wurden die internationalen Kongresse zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Stand der Bestrebungen im Ausland gestreift.

Sodann hielt an Stelle des durch Krankheit verhinderten dirigirenden Arztes der Lungenheilstätte Belzig, Herrn Dr. Möller, dessen Assistent Herr Dr. **Roepke** seinen Vortrag über „die Auswahl von Lungenkranken für Heilstätten". Verfasser wies darauf hin, dass dem Uebelstande abgeholfen werden muss, dass so viele ungeeignete Fälle den Heilstätten zugeschickt werden. Hierzu sei nöthig, dass:

1. die Heilstättenärzte klar darlegen, welche Fälle sie zur Aufnahme geeignet halten,
2. das Publikum darüber aufgeklärt wird, worin die Anfangserscheinungen einer beginnenden Tuberkulose bestehen,
3. die Aerzte, welche über die Aufnahme von Kranken in die Lungenheilstätten entscheiden sollen, alle Untersuchungsmethoden vollständig beherrschen, mittelst deren eine beginnende Tuberkulose diagnostizirt werden kann.
4. Heilstätten in genügender Anzahl vorhanden sind, um die Initialfälle rechtzeitig unterbringen zu können.

Diese vier Forderungen wurden vom Standpunkte des Heilstättenarztes in eingehender Weise behandelt.

Den dritten Vortrag hielt Herr **Geh. San.-Rath Dr. Brähmer** über „Uebernahme des Heilverfahrens und die Heilstättenfrage bei der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen". Der Vortragende brachte reiches statistisches Material über die Erfolge der Heilstätten. Ueber Dauererfolge könne man natürlich bei der Kürze der Zeit noch nicht sprechen, doch muss schon nach den bisherigen Ergebnissen dieser Weg weiter beschritten werden, jedenfalls würden wir bei der Eisenbahn zuerst zu einer brauchbaren Statistik kommen, weil es sich von vorn herein um gut ausgesuchtes, gut disziplinirtes und im Allgemeinen nicht zum Alkoholismus geneigtes Personal handelt. Br. berichtet sodann über die von der Arbeiterpensionskasse in Aussicht genommenen Heilstätten in Schreiberhau und in Melsungen. Sein Antrag: „Die Kosten für das Heilverfahren zur Abwendung dauernder Dienstunfähigkeit der unteren Beamten der Staatsbahnen werden analog dem Verfahren bei der Pensionskasse entweder von der Verwaltung oder von einer von den Beamten zu gründenden Kasse übernommen" wird nach kurzer Debatte angenommen. Für Bayern und Württemberg, für die andere Verhältnisse vorliegen, findet dieser Beschluss keine Anwendung.

Demnächst sprach Herr **San.-Rath Dr. Schwechten**-Berlin über „Erholungs- und Genesungsheime". Er betonte, dass über die Frage der Nothwendigkeit bei den Behörden, den Beamten und Aerzten Einmüthigkeit herrsche, dass die Frage dringender geworden sei, seitdem selbst Königl. Badedirektionen Schwierigkeiten machten, Eisenbahnbeamten als quasi Patienten II. Klasse Erleichterungen zu gewähren. Leider sei es bei der heutigen Gesetzgebung nicht möglich, einzelnen Beamtenkategorien seitens der Behörden direkte Beihilfen zu gewähren, doch sei die Unterstützung durch Gewährung von Urlaub, Freifahrt und event. materieller Beihilfe an Einzelne an massgebender Stelle wohlwollend in Aussicht gestellt. Es dürfte sich deshalb empfehlen, dass nach dem Vorgange der Lokomotivführer auch das Fahr- und Betriebspersonal zunächst aus eigenen Mitteln, vielleicht mit Zuhilfenahme von Hypotheken aus den Pensionskassen, derartige Erholungs- und Genesungsheime erbaue, wofür wahrscheinlich auch private Beihilfen zu haben sein würden. Ref. empfiehlt für derartige Heimstätten Soolbäder und die Seeküste.

An alle vier Vorträge schloss sich eine rege Diskussion, Herr **Davidsohn**-Danzig stellt dazu den Antrag „der Bahnärzte-Ausschuss ist der Ansicht, dass zur Förderung der Errichtung von Erholungs- und Genesungsheimen eine Kommissionsberathung von höheren Bahnbeamten und von Bahnärzten, welche sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt haben, wünschenswerth ist". Dieser Antrag wird angenommen.

Schluss der Sitzung $9^1/_4$ Uhr.

II. Sitzung Sonnabend, 13. April, Nachm. 4 Uhr, Anhalter Bahnhof. Vorsitzender: Zeitlmann, später Brähmer. Schriftführer: Stich, später Schwechten.

Herr **Stich**-Nürnberg stellt (nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden) den Antrag, um den jetzt sehr erschwerten Geschäftsgang des Ausschusses, der mit 27 Mitgliedern zu gross geworden sei, zu erleichtern, einen engeren Geschäftsausschuss zu ernennen, zu dem ausser den beiden Vorsitzenden und den beiden Schriftführern bezw. Kassenführern, welche, mit Ausnahme des 2. Vorsitzenden, wenn möglich in Berlin ansässig sein sollen, ein Bayer (wenn nicht, wie jetzt, der 2. Vorsitzende aus Bayern gewählt ist), ein Württemberger, Badenser, Elsässer und event. beim Beitritt ein Sachse gehören soll. Der Antrag wurde einstimmig angenommen. Es wurde auch in die Personenwahl eingetreten, doch dürfte dieselbe von einzelnen Vereinen beanstandet werden, da zwei Mitglieder gewählt wurden, welche nicht ständige Ausschussmitglieder sind, sondern nur zu der diesmaligen Ausschusssitzung als Vertreter delegirt waren. Es wird deshalb mit den Vereinen zunächst eine Verständigung angebahnt werden.

Sodann begründet Herr **Stich**-Nürnberg eingehend seinen Antrag auf „Einführung eines einheitlichen Untersuchungsformulars für sämmtliche Neuaufnahmen bei allen Staatseisenbahnen." Die Zweckmässigkeit dieses Antrages wird allgemein in der Diskussion anerkannt und deshalb der Antrag angenommen, trotzdem gewisse Schwierigkeiten in der Ausführung nicht verkannt wurden, zumal, wenn die neuen Sehschärfebestimmungen in den preussischen Formularen von den Bundesstaaten nicht angenommen werden sollten.

Darauf spricht Herr **Zeitlmann**-München eingehend in seinem Vortrage: „Der Ausschuss bringt den deutschen Eisenbahnverwaltungen die Führung einer Morbiditätsstatistik in Vorschlag und stellt die Mitwirkung der Bahnärzte in Aussicht". Sein Schlussantrag: Der Ausschuss des Verbandes Deutscher Bahnärzte erachtet aus wissenschaftlichen und praktischen Erwägungen die statistische Erforschung und Ueberwachung der Erkrankungsverhältnisse der Eisenbahnbiedensteten für erforderlich, hält es für seine Pflicht, die Wiederaufnahme allgemeiner statistischer Erhebungen bei den deutschen Verwaltungen anzuregen, und erklärt sich zur Mitwirkung bei diesen Erhebungen

bereit“, wird angenommen, nachdem der Vortragende in der Diskussion an der Hand äusserst zweckmässiger Krankenscheine nachgewiesen hat, dass eine nennenswerthe Belastung der Aerzte nicht vorliege.

Desgleichen findet nach kurzer Diskussion Annahme der fernere Antrag **Zeitlmann's**-München:

„Der Ausschuss bittet die deutschen Bahnverwaltungen und das Reichseisenbahnamt, gleichmässig gegen die Tuberkulose vorzugehen durch Aufhängen von Plakaten, Ausstattung der Wagen und Aufstellung von hygienischen Spucknäpfen in denselben.“

Ueber den Antrag **Löwenthal**-Königsberg: „Die Unterweisung des Bahnpersonals in der Leistung der ersten Hilfe bei Unfällen ist anderweitig zu regeln, und zwar soll der Unterricht nicht am Wohnsitz der Beamten, sondern am Wohnorte des Bahnarztes abgehalten werden“, wird nach kurzer Diskussion zur Tagesordnung übergegangen.

Der Antrag **Herzfeld**-Halle: „Der Ausschuss möge eine möglichst häufige Untersuchung sämmtlicher Bahnbeamten zur ev. Stellung der möglichst frühen Diagnose auf Tuberkulose anregen“, wird als undurchführbar abgelehnt.

Der Vorsitzende theilt eine Anregung von **Lent**-Köln mit. Herr Lent hält es nicht für richtig, dass der Ausschuss etwas beschliesse, worüber die Vereine noch nicht berathen hätten. Dadurch würde das Interesse der Vereine für einzelne Fragen abgeschwächt. Der Ausschuss soll nur Diskussionen anregen und Beschlüsse zusammenstellen. Brähmer hält diese Anregung für sehr dankenswerth. Bis jetzt hätten die Vereine immer nur auf den Ausschuss geblickt. Seine Bemühungen, auf die Verhandlungen der Vereine einzuwirken, seien oft vergeblich gewesen, wofür allerdings bis jetzt die Schwierigkeit der Organisation verantwortlich wäre. Nachdem dieselbe nunmehr durchgeführt, könne dem engeren Geschäftsausschuss die dankenswerthe Anregung des Herrn Lent übergeben werden. Die Versammlung stimmt dem zu.

Dem vom Verein Erfurt schriftlich gestellten Antrag — „bei dem Herrn Minister vorstellig zu werden, dass den Bahnärztevereinen alljährlich zu zwei Versammlungen Freifahrtscheine für ihre Mitglieder gewährt werden“ — wird nach kurzer Diskussion, in der nach den bisherigen Erfahrungen der Schwierigkeit, diesem Antrage gerecht zu werden, Ausdruck gegeben wird, entsprochen werden.

Die Kasse wird von den Herren Bode und Herzfeld revidirt und die von denselben beantragte Entlastung dem Kassenführer ausgesprochen.

Am 14. April Vorm. 8 Uhr fand die Abreise nach Belzig statt zur Besichtigung der Lungenheilstätte unter Führung des Direktors Herrn Dr. Möller. Schwechten.

Verein der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königl. Eisenbahn-Direktion Essen.

VII. Generalversammlung
am 6. September 1900, Nachmittags 4 Uhr,
Hôtel Monopol-Düsseldorf.

Anwesend etwa fünfzig Mitglieder; als Verteter der Kgl. Eisenbahn-Direktion die Herren Reg.-Rath Polomski und Assessor Friese. Seit der letzten Generalversammlung sind vier Mitglieder gestorben — die Versammlung ehrt deren Ge-denken durch Erheben von den Sitzen —, zwei aus dem Bezirk verzogen, neu eingetreten 24 — Bestand 139. An Stelle des von Steele verzogenen Vorstandsmitgliedes Dr. Aronst... wird San.-Rath Kreisphysikus Dr. Limper-Gelsenkirchen gewählt. Kassenbestand Ende v. J. M. 253,35, dazu Einnahmen M. 455,90, Auslagen M. 113,71, Kassenbestand M. 595,54, ... von 550 in der Sparkasse zu Mülheim (Ruhr) verzinslich angelegt sind. Dem Kassenführer wird Entlastung ertheilt. Der Vorsitzende berichtet dann noch im Anschluss an den Bericht in der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung“ (No. 14, 1... S. 289) über den Bahnärztetag in Baden-Baden, an dem v... hiesigen Verein die beiden Vorsitzenden und der Schriftführer theilgenommen haben. Herr Assessor Friese erörterte d... in einem längeren Vortrage, dass, wie auch den Bahnärzten durch Zuschrift vom 18. August mitgetheilt sei, der Minister angeordnet habe, dass die Gebühren für die Untersuchung ... bei der Staatseisenbahnverwaltung bereits beschäftigten Hilfsbeamten bei deren Anstellung im Beamtenverhältniss in Zukunft auch von der Verwaltung bezahlt und dass für die Ausstellung des erforderlichen Zeugnisses nach dem vorgeschriebenen Vordruck den Bahnärzten eine Gebühr von M. 1 oder M. 1,50 gewährt werden solle. Dabei theilte er mit, dass d... in den diesjährigen Etat eingestellte Erhöhung des Honorars für die Entbindung von Beamtenfrauen von 10 auf 15 Mark ebensowenig genehmigt worden sei, wie die ebenfalls in den Etat eingestellte Erhöhung der Untersuchungsgebühren für ... in den Dienst der Eisenbahn eintretende Arbeiter oder Hilfsbeamte von M. 1 auf M. 1,50. In der Besprechung wurde darauf hingewiesen, dass früher bei dem Schliessen der Verträge in einem Theile unseres Direktionsbezirkes der ... Bahnarzt stets aufmerksam gemacht wurde, dass ihm ... eine besondere Einnahme dadurch erwachse, dass alle, ... Beamte werden wollten, dazu ein besonderes bahnärztliches Zeugniss nöthig hätten, welches sie selbst bezahlen müssten. Dementsprechend wurde auch der Absatz im Vertrage: „Auch ist der Bahnarzt berechtigt, von solchen Personen, die für die Annahme als Beamte eines ausführlichen Zeugnisses über ihren Gesundheitszustand nach dem vorgeschriebenen Vordrucke bedürfen, eine besondere Entschädigung zu verlangen“ — s... ausgelegt, dass jeder, der Beamter werden wolle, ein solches Zeugniss auf seine Kosten sich von dem zuständigen Bahnarzte verschaffen müsse. In anderen Theilen des Bezirkes mussten diese Bescheinigungen unentgeltlich ausgestellt werden. Die jetzt von der Direktion in Aussicht gestellte Vergütung von M. 1 oder 1,50 für diese ausführlichen, dreiseitigen Zeugnisse wurde allseitig als zu niedrig bezeichnet; die Leute bezahlten bis jetzt stets drei Mark dafür. Es fiel sogar die Aeusserung, eine Mark wäre viel zu wenig, dann solle man es lieber lassen wie bisher — dieser Redner hatte bis jetzt diese Zeugnisse unentgeltlich ausstellen müssen —, nichts dafür geben, denn eine ganze Mark wäre keine entsprechende Vergütung für eine solche Mühe. Der Vorsitzende wies zum Schlusse noch darauf hin, dass über die Höhe der für die Ausstellung dieser Zeugnisse zu gewährenden Vergütung bereits vom Vorsitzenden des Ausschusses der Bahnärzte mit dem Eisenbahnministerium verhandelt werde. Dabei sei allerdings ein höherer Satz in Aussicht genommen.

Dann sprach Assessor Friese über die Vergütung für die von der Polizei geforderten Todesbescheinigungen. Viele Bahn- und Kassenärzte forderten dafür nichts, während in anderen Bezirken dafür Gebühren gefordert würden. Das ginge doch nicht an, das müsse für den ganzen Direktionsbezirk einheitlich geordnet und diese Bescheinigungen überall unentgeltlich ausgestellt werden. Dagegen erhob sich

lgemeiner Widerspruch. Redeker-Bochum hob hervor, dass ie Ausstellung dieser Todesbescheinigungen mit der Behandung gar nichts zu thun habe. Das wäre reine Polizeisache. iese Angelegenheit wäre auch in den ärztlichen Vereinen ur Sprache gekommen und von denselben der für alle Mitlieder bindende Beschluss gefasst, dass für diese polizeilicherseits vorgeschriebenen Todesbescheinigungen unbedingt Beahlung verlangt werden müsse. In Anerkennung dieser Verältnisse hätten einzelne Krankenkassen diese Kosten überommen, bei anderen müssten die Angehörigen bezahlen. Von nderer Seite wurde darauf aufmerksam gemacht, dass diese Todesbescheinigungen nur dort angefordert würden, wo die obligatorische Leichenschau eingeführt wäre, also nur in den grösseren Städten unseres Direktionsbezirkes, während auf dem Land und in allen kleineren Städten, in denen die obligatorische Leichenschau nicht eingeführt ist, der Bahn- oder Kassenarzt keine solchen Bescheinigungen auszustellen braucht. Bahn- und Kassenärzte in grösseren Städten mit der obligatorischen Leichenschau, zu deren Kurbezirk auch Ortschaften ohne Leichenschau gehören, müssen also in den Städten die Todesbescheinigungen ausstellen, während sie es bei Todesfällen auf dem Lande nicht nöthig haben. Warum soll nun der Arzt nicht berechtigt sein, für diese polizeilicherseits angeforderte, mit der Krankenkassengesetzgebung doch in gar keiner Beziehung stehende besondere Mühewaltung — es muss doch die Leiche stets besichtigt, also noch ein besonderer Besuch gemacht werden — auch eine besondere Gebühr zu verlangen? Von dritter Seite wurde darauf hingewiesen, dass es dann doch wohl eher Sache der städtischen Verwaltung (Armenverwaltung) wäre, diese Gebühren zu bezahlen, wenn die Leute dazu zu arm wären — und so würde es auch in einigen Städten gehalten.

Dann gab ein Antrag Wagner-Speldorf über Einführung einer ausführlichen Statistik über die Erkrankungen, Verletzungen und Todesursachen bei allen im Eisenbahndienste beschäftigten Arbeitern und Beamten noch Anlass zu einer kurzen Besprechung, in der auf die in dieser Beziehung unerreicht dastehenden Verhältnisse bei den bayerischen Staatsbahnen hingewiesen, andererseits aber auch erwähnt wurde, dass bis zu den neunziger Jahren auch bei den preussischen Bahnen statistische Karten ausgefüllt werden mussten. Der Antrag wird dem Vorstande zur weiteren Veranlassung überwiesen.

Redeker-Bochum berichtete hierauf über die Tuberkulosenvorträge in Berlin, denen er als Vertreter des Vereines beigewohnt hatte. Da diese Vorträge von Vereinswegen angeschafft und allen Mitgliedern zugesandt sind, beschränkte er sich in seinem Berichte auf eine Schilderung der äusseren Anordnung derselben.

Für den verhinderten Limper-Gelsenkirchen hielt Bahnaugenarzt Schmitz-Dortmund einen Vortrag über Untersuchung auf Farbenunterscheidungsvermögen mit dem Silex'schen Apparate, wobei er diesen Apparat vorzeigte und erklärte.

Bei dem um 7 Uhr beginnenden Festmahle, an dem über dreissig Herren theilnahmen, sprach der zweite Vorsitzende dem vor kurzem zum Geheimen Sanitätsrath ernannten ersten Vorsitzenden (Wahl-Essen) die herzlichsten Glückwünsche des Vereines aus. Dr. Berns-Mülheim (Ruhr).

Protokoll über die Sitzung des Vereins der Bahn- und Bahnkassenärzte im Bezirk der Königlichen Eisenbahn-Direktion Münster.

Sitzungszimmer der Direktion.

Dienstag, den 4. Dezember 1900.

Herr Sanitätsrath Dr. Schirmeyer-Osnabrück übernimmt als Senior den Vorsitz, mit Protokollführung wird beauftragt: Prölss.

Anwesend sind folgende Herren: Reg.-Rath Middendorf als Vertreter der Direktion.

1. Geisler-Dorsten
2. Conradt-Haltern
3. Schwarz-Dülmen
4. Kajüter-Münster
5. Gröpper-Münster
6. Isermeyer-Osnabrück
7. Schirmeyer-Osnabrück
8. Kruse-Ostercappeln
9. Braeker-Lemförde
10. Arenhövel-Dielingen
11. Ummethun-Barnstorf
12. Woltemas-Diepholz
13. Riek-Bassum
14. Prölss-Scheessel
15. Lorenz-Tostedt
16. Martini-Buchholz
17. Beermann-Rheine
18. Bäumker-Lingen
19. Többen-Meppen
20. Wietheger-Drensteinfurt
21. von Bobarth-Lathen
22. Cremer-Oldersum
23. Agena-Leer
24. Böckenhoff-Bottrup
25. Hildemann-Freeren
26. Wilms-Kirchweyhe
27. Hildemann-Fürstenau
28. Strangmeier-Quakenbrück
29. Isfort-Tetgte
30. Overkamp-Warendorf
31. Köller-Bevergera
32. Hellmann-Melle
33. Wimmer-Georgmarienhütte
34. Japing-Halle-W.
35. Steinhoff-Wiedenbrück
36. Recken-Münster
37. Westhoff-Osnabrück
38. Mallinckrodt-Wesel
39. Bockemüller-Münster
40. Pahl-Osnabrück
41. Vennemmann-Wesel
42. Coldemeyer-Lengerich
43. Euker-Brinkum
44. Hoche-Hemelingen
45. Thulesius-Bremen
46. Eichhorst-Ottersberg
47. Röhrs-Rotenburg
48. Rischmüller-Harburg
49. Sprakel-Greven
50. Tholen-Papenburg
51. v. Wehde-Twistringen
52. Beckmann-Münster
53. Lohmeyer-Emden
54. Duis-Aurich
55. Köppen-Norden
56. Dirks-Wittmund
57. Stroetmann-Borghorst
58. Fix-Bünde
59. Agnete-Dissen
60. Bohnstedt-Borgholzhausen
61. Barth-Sahlingen
62. Köster-Syke
63. Siepmann-Schermbeck
64. Froning-Wesel
65. Betke-Bremen
66. Brümer-Münster
67. Schroder-Gronau.

Die Satzungen des Bahnärztevereins Essen werden verlesen und mit geringen Aenderungen angenommen, sie sollen in 200—300 Exemplaren gedruckt und den Mitgliedern zugesandt werden. Sämmtliche Kassenärzte und Spezialisten sollen zum Beitritt aufgefordert werden. Der Verein soll dem Verband deutscher Bahnärzte beitreten.

Als Vorstand bis zur nächsten Sitzung werden gewählt: 1. Isermeyer, 2. Gröpper, 3. Conrads, 4. Agena, 5. Beermann, 6. Umethun, 7. Prölss. Dieselben nahmen die Wahl an.

Der Schriftführer:
Prölss.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Betrunken oder geistesschwach?

Rek.-Entsch. vom 19. Januar 1901.

Karl W., welcher wegen einer am 6. November 1895 erlittenen Verletzung des linken Auges und eines am 12. März 1898 gleichfalls durch Betriebsunfall erhaltenen Schädelbruchs Unfallrente von 17 bezw. 20 % bezog, ist am 3. April 1900 von einem elektrischen Strassenbahnwagen überfahren worden und am 4. April 1900 in Folge der erhaltenen Verletzung gestorben. Die Wittwe des Verstorbenen hat mit der Be-

hauptung, ihr Ehemann habe in Folge der Unfälle an weitergehender Geistesverwirrung und Stumpfsinn gelitten, sei auf dem einen Auge blind gewesen und habe ausserdem auch nicht gut hören können, bei der Berufsgenossenschaft die Gewährung von Hinterbliebenenrente beantragt. Der Anspruch ist durch Bescheid vom 20. Juli 1900 abgewiesen worden, da W. in angetrunkenem Zustande durch eigene Unvorsichtigkeit verunglückt sei und ein Zusammenhang zwischen dem Tode und den früheren Unfällen nicht bestehe. Das Schiedsgericht wies ebenfalls die Berufung zurück und führte aus, nach den angestellten Ermittelungen ist W. auf dem Kottbuser Damm quer über den Strassendamm mit einem Stück Papier in der Hand, auf welches er blickte, gegangen, trotz aller Signale und Anrufe in den Strassenbahnwagen, der ungeachtet alles Bremsens nicht zum Stehen gebracht werden konnte, hineingelaufen und so verunglückt, ohne dass eine Schuld des Wagenführers vorläge. W. ist den Schutzleuten im Revier als Trinker bekannt gewesen und hat sich auch nach einer Angabe der Schwester des Krankenhauses, in das er nach dem Unfall gebracht wurde, damals in stark angetrunkenem Zustande befunden. Auch nach dem Obergutachten des Kgl. Physikus Sanitätsraths Dr. L. vom 11. Januar 1899 bestanden bei W. die Anzeichen des chronischen Alkoholismus. Das Schiedsgericht hat daher angenommen, dass W. einer Gefahr des täglichen Lebens erlegen ist, die bei ihm vergrössert war durch den anscheinend vorhandenen Zustand der Trunkenheit. Die früheren Unfälle sind für den Tod nicht mitwirkend gewesen. Dr. L. bezeichnet den Verstorbenen in seinem Gutachten ausdrücklich als geistig klar und als nur an besonderen Arbeitsanstrengungen bezw. an Arbeiten in besonderen Temperaturverhältnissen (Hitze) behindert und deswegen in Folge der Kopfverletzung als um 20 % erwerbsbeschränkt. Die Klägerin hat sich zwar bezüglich des geistigen Zustandes ihres Mannes auf zwei andere Aerzte berufen, deren Auskunft aber nach Ansicht des Gerichtshofs gegenüber dem Gutachten des auf dem Gebiete der Nervenheilkunde als Autorität bekannten Dr. L. kaum ins Gewicht fallen kann. Auch der erste Unfall kann von der Klägerin nicht als verantwortlich herangezogen werden. Denn abgesehen davon, dass W. auf dem einen Auge die normale Sehschärfe besass, betrug der Verlust der Sehschärfe auf dem verletzten anderen nach dem Gutachten des Dr. G. nur die Hälfte der normalen und bedingte nur eine Erwerbseinbusse von 17 %. Das Reichs-Versicherungsamt wies den Rekurs zurück und führte u. A. aus: Unstreitig ist der letzte Unfall des W. an und für sich einem, bei der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft oder einer anderen Berufsgenossenschaft versicherten Betriebe nicht zuzurechnen. Die Klägerin sucht indess die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft dadurch zu begründen, dass sie das Ueberfahren ihres Ehemannes auf frühere Unfälle, für welche die Berufsgenossenschaft aufzukommen hat, zurückführt. Thatsächlich bezog ihr Ehemann bis zu seinem Tode von der Berufsgenossenschaft wegen einer durch den Unfall vom 6. November 1895 erlittenen Augenverletzung eine Rente von 17 % und wegen einer durch einen späteren Unfall erlittenen Verletzung des Schädels eine Rente von 20 % der Vollrente. Ob die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft in dem Falle begründet sein würde, wenn wirklich durch die Folgen der erwähnten beiden Unfälle der Ehemann der Klägerin in einen Zustand versetzt worden wäre, der ihn ausser Stand setzte, der Gefahr des Ueberfahrens zu entgehen, kann dahingestellt bleiben, da das Schiedsgericht mit Recht die thatsächlichen Voraussetzungen eines solchen Falls verneint hat. Die Folgen der Augenverletzung des Ehemanns der Klägerin bestanden nach den Attesten des Dr. G. in B. vom 30. Mai 1896 und 3. April 1897 in einer Herabsetzung der Sehkraft des lin[illegible] Auges auf $1/3$, während das rechte Auge sein normales Seh[illegible]vermögen behielt. Die durch den zweiten Unfall verursa[illegible] Schädelverletzung hatte eine merkliche Beeinträchtigung [illegible] geistigen Klarheit des Ehemanns der Klägerin nicht zur Fo[illegible] Das Gegentheil ist vielmehr in dem massgebenden Gutach[illegible] des Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. L. in B. vom 11. Jan[illegible] 1899 ausdrücklich festgestellt worden. Auch der Stabs[illegible] Dr. M. in B. hatte auf Grund längerer Beobachtung [illegible] Klägers in der Charité in dem Atteste vom 31. August 1[illegible] bescheinigt, dass das Bewusstsein und das Orientirungs[illegible]mögen des Klägers durch den Unfall nicht gestört wo[illegible] seien. Endlich ist auch in dem zuletzt erwähnten Atte[illegible] eine durch den Unfall bedingte erhebliche Herabsetzung [illegible] Hörvermögens verneint worden. In den Bescheinigungen [illegible] Dr. L. in B. vom 18. Oktober 1899 und des Dr. L. dase[illegible] vom 11. Januar 1900 ist etwas hiervon Abweichendes ni[illegible] enthalten. Für die Annahme eines ursächlichen Zusamme[illegible]hanges des Todes des Ehemanns der Klägerin mit einem [illegible] beiden von ihm im Fuhrwerksbetriebe erlittenen Unfälle fe[illegible] daher jede thatsächliche Unterlage, und es musste aus dieser Grunde dem Entschädigungsanspruch der Klägerin der Erfo[illegible] versagt werden. Y

Personen, die mit chronischen Lungenleiden behaftet sind, sind meist[illegible] nicht durchaus erwerbsunfähig.

Rek.-Entsch. vom 21. Dezember 1900.

Julius H. zu B., welcher für einen am 10. Februar 1[illegible] im Betriebe erlittenen Bruch des rechten Schulterblatts [illegible] Bluterguss in den Brustkorb eine Rente von 50 % erhielt, [illegible] wegen Verschlimmerung seines Zustandes am 20. April 19[illegible] bei der Genossenschaft den Antrag auf Erhöhung der [illegible] gestellt. Auf Grund des Gutachtens des Dr. Sch. vom [illegible] 1900 ist dem p. H. durch Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 28. Juni 1900 die bisherige Rente vom 20. April 1[illegible] ab auf 65 % erhöht worden. Hier gegen hat H. Berufung eingelegt mit dem Antrage, ihm eine höhere Rente zu bewilligen, da er wegen Blutauswurfs, starker Schmerzen im rechten Arm und der Rippengegend vollständig erwerbsunfähig sei. Das Schiedsgericht wies jedoch die Berufung als unbegründet ab und machte geltend, im schiedsgerichtlichen Verfahren ist ein Obergutachten von dem Bezirksphysikus Sanitätsrath Dr. Z. erstattet worden. Hiernach leidet der Kläger an einem Lungenkatarrh der rechten Lunge, bezüglich dessen, wie Dr. Z. ausführt, jetzt, nachdem $1^1/_2$ Jahre nach dem Unfalle vergangen sind, schwer festzustellen ist, ob die Lungenkrankheit mit dem fraglichen Unfall in einen direkten Zusammenhang gebracht werden kann, zumal da Dr. K. in seinem, dem schiedsgerichtlichen Vergleich zu Grunde gelegenen Gutachten vom 30. Oktober 1899 angegeben hat, dass die bei dem Kläger schon damals bestandene Lungenkrankheit sicherlich bereits auf die Zeit vor dem Unfall zurückreicht. Da aber Dr. M. in seinem Gutachten vom 18. November 1899 der Ansicht ist, dass das vielleicht in seinen Anfängen schon vorher bestandene Lungenleiden durch den Unfall ungünstig beeinflusst worden ist, so giebt auch Dr. Z. die Möglichkeit einer entsprechenden Verschlechterung des Leidens durch den Unfall zu. Ausserdem leidet der Kläger an einer geringen Einbusse der Beweglichkeit des rechten Armes bei dem höchsten Grad der Erhebung, sowie bei Bewegungen nach hinten und damit verbundener Rotation, worauf aber nach Dr. Z. irgend welcher Werth bei der Abschätzung der Arbeitsbeeinträchtigung nicht gelegt werden kann. Was nun die durch diese beiden Leiden bedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit sowohl jetzt, wie

eit der Zeit vom 20. April 1900 anbetrifft, so ist Dr. Z. der ...nsicht, dass dieselbe zur Zeit keinesfalls 65 % übersteigt; da ...ie mit einem chronischen Lungenleiden behafteten Personen ... den meisten Fällen durchaus nicht absolut erwerbsunfähig ...ind, sondern nur zur Verrichtung schwerer Arbeiten nicht im ...Stande sind. Das Schiedsgericht hat sich diesem ausführlich ...begründeten Obergutachten des beamteten Sachverständigen ...unbedenklich angeschlossen und die Ueberzeugung erlangt, ...dass der Kläger für die Folgen des Unfalls mit der ihm von ...der Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft gewährten 65 %igen Rente ausreichend entschädigt sei. Diese Entscheidung focht H. durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an, während Geschäftsführer Z. für die Zurückweisung des Rekurses eintrat. Dementsprechend erkannte auch das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Direktors P. und führte u. A. aus: Das Gutachten des Kgl. Physikus Dr. Z. vom 4. August 1900 ist wohl begründet und in jeder Beziehung bedenkenfrei. Das Reichs-Versicherungsamt ist deshalb bei der Beurtheilung des Falles diesem Gutachten gefolgt und auf Grund desselben zu dem gleichen Ergebniss gelangt wie das Urtheil des Schiedsgerichts. Der bei dem Kläger bestehende Katarrh der rechten Lunge bedingt danach eine Unfähigkeit zu schwerer Arbeit und lässt die Annahme einer Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit um 65 % als zutreffend erscheinen, da er nur zu schwerer Arbeit unfähig, zu anderer aber noch verwendbar ist. Die bei dem Kläger als Unfallfolge noch vorhandene geringe Einbusse an Beweglichkeit des rechten Armes hat keine Bedeutung für die Abschätzung seiner Erwerbsfähigkeit, da sie für die ihm noch möglichen leichten Arbeiten nicht in Betracht kommt. Der Kläger ist demnach für die Folgen des Unfalls vom 10. Februar 1899 zur Zeit durch die ihm im Bescheide vom 29. Juni 1900 zugebilligte Rente von 65 % der Vollrente vollkommen entschädigt; sein Rekurs war zurückzuweisen.

M.

Das auf einer krankhaften Veranlagung beruhende Beinleiden kann durch den Unfall eine wesentliche Verschlimmerung nicht erfahren haben; ferner ist eine messbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit durch das Beinleiden nicht anzunehmen.

Entsch. vom 21. Januar 1901.

Der Bergmann Johann S. will sich am 18. September 1899 bei seiner Betriebsarbeit auf der Zeche Hibernia eine Wunde am linken Unterschenkel zugezogen haben. Der Sektionsvorstand lehnte den Entschädigungsanspruch ab, weil ein Betriebsunfall nicht nachgewiesen sei und ferner auch nicht feststehe, dass der behauptete Unfall den im Oktober 1899 aufgetretenen Entzündungszustand des linken Beines verursacht und eine Erwerbsverminderung über die 13. Woche hinaus bedingt habe. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden zurückgewiesen. Gründe:

Wenn auch nach der Aussage des Zeugen A. als wahr unterstellt werden kann, dass dem Kläger am 18. September 1899 beim Aufstauen von Kohlen auf einen niedrigen Wagen ein Stück Kohle gegen den linken Unterschenkel gefallen ist und hier ein Stück Haut weggeschrammt hat, so ist in den Vorinstanzen doch mit Recht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dieser Verletzung und dem noch am 8. August 1900 vorhanden gewesenen Geschwür am linken Unterschenkel des Klägers verneint worden. Denn nach den Gutachten des Königl. Kreisphysikus, Sanitätsrath Dr. L. in Gelsenkirchen, vom 31. Oktober 1899 und 8. August 1900 liegt das Geschwür an einer Stelle, welche schon im Juli 1899 die gleiche Geschwürsbildung zeigte, schon durch eine Verletzung vom 24. März 1898 weniger widerstandsfähig geworden war und wegen vorhandener Krampfadern zu einem geschwürigen Zerfall neigte. Es ist bekannt, dass bei derartig krankhafter Veranlagung oft der geringfügigste Hautreiz genügt, um eine offene Wunde entstehen zu lassen, und der bei dem Vorgang vom 18. August 1899 entstandenen Hautverletzung kann umsoweniger irgend welche wesentliche Bedeutung beigelegt werden, als der Kläger noch bis zum 3. Oktober 1899 trotz der Verletzung weiter gearbeitet hat. Hierzu kommt, dass der Kläger am 8. August 1900 am rechten Unterschenkel fast an derselben Stelle ein doppelt so grosses, gleichartiges Geschwür, wie am linken Unterschenkel hatte, welches nach dem Gutachten des Königl. Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. L. zweifellos unter dem Einflusse der auch am rechten Beine des Klägers sich findenden Krampfaderbildung entstanden war. Die Annahme der Vorinstanzen, dass das Beinleiden des Klägers auf einer krankhaften Veranlagung beruht, welche auch durch den Unfall vom 18. September 1899 eine wesentliche Verschlimmerung nicht erfahren haben kann, ist hiernach durchaus gerechtfertigt.

Ueberdies würde der Entschädigungsanspruch des Klägers für jetzt schon deshalb nicht annerkannt werden können, weil Dr. L. in seinem Gutachten vom 8. August 1900 die wirthschaftliche Einbusse des Klägers in Folge des linken Unterschenkelgeschwürs auf höchstens 10 Prozent, also unterhalb derjenigen Grenze schätzt, welche für eine messbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit allgemein angenommen wird und weil auch diese Schätzung offenbar noch eine zu günstige ist, wenn dem Kläger, wie er angiebt, das gleichartige, doppelt so grosse rechte Unterschenkelgeschwür keinerlei Störung in seiner Erwerbsfähigkeit verursacht. (Compass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Entfernung von der Universität.

Entscheidung vom 12. April 1901.

Der Kandidat der Medizin B. hatte gegen den Minister der geistlichen etc. Angelegenheit Klage beim Oberverwaltungsgericht erhoben. B. hatte zuerst von 1884—89 in Berlin Theologie studirt; er begab sich darauf nach seiner Heimath und verliebte sich dort in ein Mädchen. Das Verhältniss blieb nicht ohne Folgen, ein angeblich todtgeborenes Kind wurde von B. verbrannt. B. wurde deswegen auf Grund des § 367 I des Reichs-Strafgesetzbuchs zu 6 Wochen Haft verurtheilt. Bereits vorher war B. nach B. zurückgekehrt und begann hier an der Universität Medizin zu studiren. Nachdem jedoch der Rektor und Universitätsrichter von der Bestrafung des Studirenden unterrichtet worden waren, erfolgte die Streichung des B. aus dem Album der Universität. Als hiervon der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten Kenntniss erhalten hatte, ersuchte er die Bundesregierungen und sämmtliche Landesuniversitäten, dafür sorgen zu wollen, dass B. wegen sittlicher Bescholtenheit vom Studium an den Universitäten ferngehalten werde. B. besuchte darauf die Universitäten in Wien und Zürich und schliesslich die Hochschulen in Heidelberg und Leipzig. Als sich B. auf der zuletzt erwähnten Universität befand, erneuerte der Unterrichtsminister sein Rundschreiben. Die Universität Leipzig sah sich daher veranlasst, B.'s Namen in ihrem Album ebenfalls zu streichen. Nunmehr erhob cand. med. B. gegen den Kultusminister Klage im Verwaltungsstreitverfahren mit dem Antrage, das ministerielle Rundschreiben aufzuheben und ihm die Fortsetzung seines Studiums gestatten zu wollen. Der I. Senat des Oberverwaltungsgerichts wies aber die Klage als unzulässig ab, weil eine gesetzliche Bestimmung nicht vorhanden sei, nach welcher die Klage im vorliegenden Falle zulässig erscheine.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Ilberg, Dr. Georg. Die Prognose der Geisteskrankheiten. Für Aerzte und Studierende. 1901. Halle. Carl Marhold.

Verf. betont die Bedeutung einer richtigen Prognose bei Psychosen grade wegen ihrer vielfach langen Dauer und der sozialen Verhältnisse, die dabei in Betracht kommen, und bespricht dann die einzelnen Krankheitsformen, im wesentlichen vom Kraeplinschen Standpunkt aus.

Die Manie (Hypomanie, Tobsucht) gehört zu den periodischen Seelenstörungen; die Prognose der einzelnen Anfälle ist günstig, ihre Dauer schwankt von wenigen Wochen bis zu zwei Jahren. Die Melancholie des jugendlichen Alters wird ebenfalls zu den periodischen Störungen gerechnet, die Anfälle dauern ein bis drei Jahre, gebieten Vorsicht wegen der Selbstmordgefahr. Das manische-depressive (circuläre) Irresein ist häufiger als die vorher genannten Zustände; wichtig ist, dass nach § 1569 des B. G. B., sobald freie Intervalle zwischen den einzelnen Phasen liegen, Ehescheidung unmöglich ist. Als besondere Krankheit wird die Melancholie des Rückbildungsalters (zwischen 40.—48. Lebensjahr) mit schleppendem Verlauf — einhalb bis mehr als ein Jahr — und ganz allmählichem Nachlass bezeichnet. Die Mehrzahl der Kranken wird geheilt oder gebessert; pognostisch wichtig ist Zunahme des Körpergewichts bei gleichzeitiger psychischer Besserung.

Die selbständige Melancholie, die zwischen dem 55.—60. Lebensjahr vorkommt, giebt eine schlechtere Prognose, namentlich wenn sich von Anfang an Zeichen geistiger Abschwächung beimengen.

Der Altersblödsinn, der besonders zur Zeit seiner Entwicklung oft mit Erregungszuständen, Delirien, Verwirrtheit komplizirt ist, zeigt nach Ablauf der akuten Erscheinungen oft nur mässige Demenz.

Von der Dementia paralytica werden vier Typen gesondert besprochen. Die häufigste, die demente Form dauert durchschnittlich zwei bis drei Jahre, verläuft selten mit Remissionen, ist oft von paralytischen Anfällen begleitet. Die expansive Form verläuft öfter mit monatelangen Remissionen, die sogar in einzelnen Fällen mehrfach vorkommen, hat längere Krankheitsdauer (sechs bis zehn Jahr), ist seltener von Anfällen begleitet. Die agitirte Form führt oft in wenigen Monaten zum Tode, während die depressive, besonders bei Frauen häufigere Form ein bis drei Jahre dauert. Im speziellen ist die Prognose von der Behandlung und Körperpflege abhängig.

Die Prognose der Alkoholpsychosen wird, wenn auch das Delirium toemens und der hallucinatorische Alkoholwahnsinn an sich als heilbar und der Eifersuchtswahn der Trinker bei völliger Entziehung als besserungs- resp. heilungsfähig bezeichnet werden, als sehr trübe hingestellt, weil die Mehrzahl der Trinker doch rückfällig werde und intellektuell, wie ethisch und körperlich immer mehr und mehr degenerire; ebenso ernst wird die Prognose der polyneuritischen Geistesstörung der Trinker gestellt.

Nach Besprechung der Demenz in Folge von Kopfverletzungen, die oft erst lange Zeit nach dem Trauma bemerkbar wird, werden kurz die Psychosen bei technischen Vergiftungen, Blei, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff erörtert, die besonders bei langer Einwirkung, Psychosen von ernsterer Prognose bedingen.

Die Erschöpfungspsychosen, Kollapsdelirium und Amentia beginnen ganz akut, geben bei zweckentsprechender Behandlung, wenn es gelingt, die Patienten über die stürmischen Erscheinungen hinwegzubringen, günstige Prognose; bei der Amentia — der häufigsten Wochenbettpsychose — ist die Neigung zu Rückfällen und Selbstmordgefahr zu beachten. Leichtere Fälle dauern zwei bis drei Monate, schwerere währen Jahr und Tag.

Die Psychosen auf dem Boden der allgemeinen Neurosen, das degenerative Irresein, das Irresein mit konträrer Sexualempfindung werden nicht besprochen.

Die Paranoia ist prognostisch absolut ungünstig, wenn auch einzelne Kranke erhebliche, zuweilen Jahre lang dauernde Besserungen aufweisen können; diejenigen, deren Wahn von Anfang an phantastisch widerspruchsvoll ist, und die Grössenideen haben, werden öfter im Verlauf der Krankheit dement.

Zum Schluss wird die Hebephrenie und Katatonie besprochen und hervorgehoben, dass besonders bei der letzteren Krankheit die Prognose besonders schwierig zu stellen sei, und dass trotz schwerster Symptome noch nach drei bis fünf Jahre langer Dauer Remissionen mit voller Arbeitsfähigkeit vorkommen können, die sich über Jahre, ja selbst über Jahrzehnte erstrecken.

1. **Hygiene und Diätetik für Lungenkranke** von Dr. **S. Elkan**, Arzt der Berliner Heimstätte für brustkranke Frauen zu Blankenfelde. Leipzig 1901. Verlag v. Hartung u. Sohn.
2. **Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberkulose**, von Dr. **J. Ruhemann**, Arzt in Berlin. Verlag von G. Fischer, Jena 1900.

Aus dem Vorwort der erstgenannten Arbeit geht hervor, dass die kleine Schrift „zur Belehrung sowohl der Aerzte wie auch der gebildeten Laien dienen soll“. Der Inhalt rechtfertigt diesen Ausspruch aber kaum, wenigstens wüsste ich nicht, was man als Arzt aus der Schrift lernen könnte. Aber selbst der Laie wird aus der Arbeit, welche übrigens nicht nur Hygiene und Diätetik, sondern auch Aetiologie, Pathologie und medikamentöse Therapie mit scheinbarer Vollständigkeit umfasst, nicht mehr als die Kenntniss einiger leitender Gesichtspunkte gewinnen, welche ohnehin Gemeingut eines grossen Theils der Gebildeten sind. Die Haupt-Anregungen, die eine solche halb populäre Schrift geben müsste, nämlich die für individuelle Prophylaxe und die Körperpflege des Erkrankten, kommen entschieden zu kurz. An vielen Stellen wird der Verf. aber auch direkten Widerspruch hervorrufen. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können, will ich nur als einige derartige Punkte die Abschnitte über Körperpflege, Kleidung, Fieberbehandlung und Hydrotherapie hervorheben. Auch in den theoretischen Erörterungen der Ernährungsfrage ist der Verf. den neueren Arbeiten und Ansichten nicht überall gerecht geworden.

Einen ganz anderen Werth besitzt die zweite Arbeit, deren Studium Niemand versäumen sollte. An dieser Stelle kann ich nur kurz auf den Inhalt der geistvollen und durch und durch originellen Schrift hinweisen. Indem Verf. die Unzulänglichkeit unserer Anschauungen über das Zustandekommen der Tuberkulose beleuchtet, bekämpft er den Standpunkt einseitiger Kontagionisten und erörtert die höchst unklaren Begriffe der sogenannten Disposition. Als solche definirt er in gänzlich neuer Weise lediglich das latente Vorhandensein von Tuberkelbazillen im Körper, vereint mit der chronischen Schwächung desselben durch deren Toxine. An der Hand historischen und eigenen Materials beweist er dann,

ıss die Phthise im klinischen Sinne eine Mischinfektion sei, elche durch Eindringen von allerhand krankheitserregenden eimen in den disponirten Körper zustande kommt, so dass ie Erreger von Masern, Keuchhusten, Eiterkokken und allen oran die Influenzabakterien das auslösende und unterhaltende loment für den Schwindsuchtsprozess bilden, mit denen zuammen der Tuberkelbazillus erst seine zerstörenden Wirkungen ntfaltet.

Auch die klimatischen Verhältnisse, namentlich die Sonnenıeleuchtung zieht Verf. in überzeugender Weise für seine 'heorie in Rechnung. Demgemäss sind die prophylaktischen Aassnahmen zu erweitern und auf die Mikroben oben geıannter Art auszudehnen. So bietet der Verf. in seinen interəssanten Ausführungen durch die Originalität seiner Gedanken əine Fülle von Anregung.

Marcinowski.

Entres, Dr. J., Kgl. bayr. Landgerichtsarzt. Handbuch der gerichtlichen Obduktionstechnik mit Einfügung der gesetzlichen Bestimmungen und zahlreicher technischer Fingerzeige. München, Seitz u. Schauer, 1901. 133 S.

Das recht handliche Büchelchen, das man bequem in der Brusttasche tragen kann, will dem Gerichtsarzt in mehr als einer Beziehung eine Hilfe sein. Einerseits giebt es ihm technische Rathschläge, im Wesentlichen durch Aufführung der Vorschriften der bayerischen Instruktionen für Sektionen, doch, besonders bei der Bauchhöhle, auch nicht ohne Rücksicht auf das preussische Regulativ. Auf der anderen Seite sollen die gerichtsärztlich wichtigsten Befunde angedeutet werden, zu welchem Zwecke in einer etwas seltsamen Reihenfolge zehn „Schemata" — zum Theil nicht blos Schemata, sondern ausgeführte Beispiele — abgedruckt sind: Obduktion einer unbekannten und einer bekannten Leiche, Vergifteter, Neugeborener, Ertrunkener, Erstickter, Eröffnung des Rückenmarks-Kanals, Obduktion der Beckenorgane, Obduktion bei Verletzungen der Brust, Oeffnung der inneren Theile des Gesichts, Untersuchung der Ohrspeicheldrüse oder des Gehörgangs.

Einen so netten Eindruck das kleine Werk auch macht, und so viel geschickte Einzelheiten es auch enthält, fürchten wir doch, es ist hier wie bei den Taschenkalendern: das Bestreben, auf ganz geringem Raume möglichst alles Wissenswerthe zu bringen, führt fast immer zu einem unzulänglichen Ergebniss. Grade was man im Einzelfalle sucht, pflegt man dann nicht zu finden.

Tagesgeschichte.

Unfallfürsorgegesetz für Beamte und Personen des Soldatenstandes.

Das Gesetz, welches im Wesentlichen nur eine Umänderung der bestehenden Fürsorge im Sinne einer Anpassung an das Gewerbeunfallgesetz von 1900 bezweckte, hat nunmehr in zweiter und dritter Lesung den Reichstag passirt.

Wesentliche Abänderungen wurden von sozialdemokratischer Seite versucht. Zunächst stellten Abg. Albrecht und Genossen einen Antrag, den Kreis der versicherten Personen in demselben Sinne zu erweitern, wie es in einem Regierungsentwurf von 1894 beabsichtigt war: „Die Versicherung soll ausgedehnt werden auf Personen, welche im Reichs-, Staats- oder Kommunaldienst, sowie in Anstalten oder Veranstaltungen zu religiösen, wohlthätigen oder gemeinnützigen Zwecken, zu Zwecken der Kunst und Wissenschaft, der Gesundheitspflege und der Leibesübung beschäftigt sind." Abg. Molkenbuhr verwies u. A. auf den Mangel der Unfallversicherung für Angehörige freiwilliger Feuerwehren, für Diener in königlichen Laboratorien, für Totengräber! Der Regierungskommissar machte jedoch unter Zustimmung der Mehrzahl der Mitglieder des hohen Hauses auf die Schwierigkeiten, ja Unmöglichkeit, alle bezeichneten Gattungen von Personen im vorliegenden Entwurf unterzubringen, hin. Immerhin erkannte er — und das soll als wichtiges Ergebniss der Verhandlung angesehen werden — die Nothwendigkeit der weiteren Ausdehnung der Unfallfürsorge an. In demselben Sinne äusserte sich Graf Posadowsky.

Ein zweiter strittiger Punkt war die Höhe der für verunglückte Soldaten zu zahlenden Renten. Wenn ein Arbeiter einen Unfall erleidet, wird die Rente nach seinem Einkommen bemessen — ebenso beim Soldaten nach seinem Diensteinkommen. Nur wenn letzteres die Höhe des ortsüblichen Durchschnittstagelohns nicht erreicht, wird letzteres zu Grunde gelegt.

Wenn also ein Arbeiter mit vorher gutem Verdienst während seiner Militärzeit bei einer Arbeit verunglückt, erhält er eine unverhältnissmässig geringe Rente. Dieses offenbar unzweckmässige Verhältniss wollten die Sozialdemokraten dadurch ändern, dass an Stelle des Diensteinkommens das frühere Arbeitsverdienst des Verunglückten der Rentenberechnung zu Grunde gelegt werden sollte.

Der militärische Bevollmächtigte des Bundesraths machte hiergegen theils die Rücksicht auf die nothwendige Gleichstellung der Soldaten unter einander, theils die Schwierigkeiten der praktischen Durchführung geltend. Im Uebrigen seien die betreffenden Fälle wenig zahlreich, und es bedürfe deshalb für sie allein keiner so umfassenden Gesetzesänderung.

In dritter Lesung stellten die Abgg. Opfergelt und Rösicke einen Kompromissantrag: Es sollte der Rentenberechnung nicht der Jahresverdienst vor der Diensteinstellung, sondern der Arbeitsverdienst, welchen Civilarbeiter in demselben bezw. in einem benachbarten gleichartigen Betriebe hat, zu Grunde gelegt werden. Dieser Antrag wurde trotz Widerspruchs des Regierungsvertreters angenommen.

Nicht zur Annahme gelangte ein sozialdemokratischer Antrag, für die unter das vorliegende Gesetz fallenden Personen als Berufungs- bezw. Rekursinstanz die Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung und das Reichsversicherungsamt festzusetzen. Es bleibt dabei, dass die Berufungsinstanz der zuständige Minister ist, und dass der Verunglückte im Uebrigen auf den Weg der Privatklage angewiesen ist. Nur Eines wurde erreicht: der Militärbevollmächtige erklärte, dass in Unfallsachen die Militärbehörde sich im Allgemeinen an die vom Reichsversicherungsamt ausgesprochenen Grundsätze halte.

Fürsorge für erkrankte Staats-Angestellte.

Vom preussischen Staatsministerium ist beschlossen worden, für die in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates beschäftigten Personen eine Fürsorge in Krankheitsfällen nach Massgabe der folgenden Grundsätze eintreten zu lassen: 1. Den in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt voll beschäftigten Personen soll im Falle der Erkrankung, soweit sie nicht kraft Gesetzes der Krankenversicherung unterliegen oder selbstständige Gewerbetreibende sind, oder soweit nicht auf Grund des § 3 des Krankenversicherungsgesetzes oder auf Grund sonstiger Regelung eine anderweite Fürsorge getroffen ist oder mit Zustimmung der Finanzverwaltung getroffen wird, bis auf Weiteres

im Wege des Vertrages folgende Unterstützung bis zu 13 Wochen gewährt werden: a) im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab ein Krankengeld für jeden Arbeitstag in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter; das Krankengeld darf nicht mehr als die Hälfte des Arbeitsverdienstes betragen; b) der nachgewiesene Aufwand für Arzt und Arznei bis zu einem Viertel des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter, sofern nicht ärztliche Behandlung und Arznei unmittelbar gewährt wird. 2. Die vorbezeichneten Personen haben sich hierfür einen Lohnabzug von 1 Prozent des ortsüblichen Tagelohnes (1 a) gefallen zu lassen. Nach den vom Justizminister hierzu erlassenen Ausführungsbestimmungen erstreckt sich für den Bereich der Justizverwaltung die Krankenfürsorge auf: a) die nichtständigen Hilfsarbeiter im mittleren und Unterbeamtendienste; b) die ständigen Kanzleigehilfen, soweit ihnen ein Mindesteinkommen nicht bewilligt ist, sowie alle vorübergehend beschäftigten Kanzleigehilfen; c) alle übrigen ständig oder nichtständig voll beschäftigten Arbeiter, welche zu den selbstständigen Gewerbetreibenden nicht gehören. Auf die im Vorbereitungsdienste befindlichen Personen finden die Grundsätze auch dann keine Anwendung, wenn sie als nichtständige Hilfsarbeiter beschäftigt werden.

Eine ärztliche Sachverständige.

In Frankfurt a. M. hat zum ersten Male vor einigen Tagen ein „Fräulein Doktor" als Sachverständige vor den Assisen gestanden. Es handelte sich um eine unter Ausschluss der Oeffentlichkeit verhandelte Entführungsgeschichte.

Eine wichtige Entscheidung für die Arbeiter-Versicherung.

Eine für die Arbeiterversicherung wichtige Entscheidung hat auf Beschwerde des Magistrats von Königsberg i. Pr. das Reichsversicherungsamt getroffen. Nach § 70 des Unfallversicherungsgesetzes ist der Magistrat verpflichtet, auf Antrag eines durch Unfall Verletzten dessen Aeusserung zu Protokoll zu nehmen, wenn ihm die Berufsgenossenschaft von der beabsichtigten Ablehnung der Entschädigung oder von der Höhe der in Aussicht genommenen Entschädigung Mittheilung macht. Auf diese Pflicht, die Aeusserung des Verletzten zu Protokoll zu nehmen, ist nach langen Verhandlungen im Reichstage die Mitwirkung der unteren Verwaltungsbehörde bei der ersten Entscheidung über Rentenansprüche beschränkt worden, während die Entscheidung selbst nach wie vor den ausschliesslich aus Arbeitgebern bestehenden Vorständen der Berufsgenossenschaften obliegt. Einige Berufsgenossenschaften waren nun bemüht, dem Königsberger Magistrat die Erfüllung dieser Pflicht thunlichst zu erschweren. Wenn nämlich ein Arbeiter mit dem Bescheide: „Der Anspruch wird abgelehnt, weil nach den Ermittelungen kein Betriebsunfall vorliegt" oder „weil nach ärztlichem Gutachten die Folgen des Unfalls beseitigt sind" zum Bureau des Magistrats kam, so war es gar nicht möglich, ohne Kenntniss jener von der Berufsgenossenschaft angestellten Ermittelungen eine sachgemässe Erklärung des Verletzten, Anträge auf weitere Beweiserhebung u. s. w. zu Protokoll zu nehmen. Der Magistrat ersucht daher in solchen Fällen die Berufsgenossenschaften um Uebersendung der Akten, verschiedene Berufsgenossenschaften aber lehnten dies Ersuchen einfach ab. Ein Vorstand wollte sogar in der Thätigkeit des Magistrats lediglich das Bestreben sehen, die Armenlast der Stadtgemeinden auf Kosten der Berufsgenossenschaften zu verringern. Der Magistrat hat sich nun beschwerdeführend an das Reichsversicherungsamt gewandt und dieses hat durch Bescheid vom 11. April die Berufsgenossenschaften angewiesen, dem Ersuchen des Magistrats zu entsprechen. In der Begründung heisst es: „Es entspricht nicht der Stellung der Berufsgenossenschaften im öffentlichen Leben, die Verfolgung der Ansprüche der Unfallverletzten irgendwie zu erschweren oder auch nur den Schein zu erwecken, als ob eine Beschränkung der Rechtsverfolgung im Interesse der Berufsgenossenschaften läge."

(Dtsch. Arb. Ztg.)

Die ärztliche Prüfungsordnung.

Wie die Vossische Zeitung erfährt, wird die Neuordnung der Staatsprüfung im Bundesrath noch vor Pfingsten genehmigt werden. Damit gleichzeitig wird die Berechtigung der Realabiturienten zum ärztlichen Studium ausgesprochen werden. (Vorbehaltlos? Das wäre ja neu! Red.)

Ministerialblatt für Medizinal- und Medizinische Unterrichtsangelegenheiten.

Unter diesem Titel giebt seit dem 18. April d. J. das Kultusministerium ein amtliches Blatt heraus, das eine recht fühlbare Lücke im Medizinalwesen ausfüllen wird. Es soll nach Bedarf, im Allgemeinen monatlich einmal, erscheinen.

Nr. 1 enthält ausser Personalien und Vakanzen die Dienstanweisung für Kreisärzte, eine Verfügung vom 13. März über die Bildung von Gesundheitskommissionen und die Geschäftsanweisung für dieselben, die neue Kreisärztliche Prüfungsordnung und eine kurze Bekanntmachung betr. die Dienstsiegel der Kreisärzte.

Eine Bestrafung in Folge falscher ärztlicher Diagnose

ist durch den höchsten Gerichtshof des Staates New-York erfolgt und hat in Amerika einiges Aufsehen erregt. Der Fall ist allerdings sonderbar genug. Ein Arzt war zu der Ueberzeugung gekommen, dass einer seiner Patienten mit Aussatz behaftet sei, und hatte dieser Meinung auch öffentlich Ausdruck gegeben. Der Kranke setzte sich aber in einer unerwarteten Weise zur Wehr, indem er den Arzt wegen dieser Diagnose verklagte. In der That wurde zunächst festgestellt, dass der Betreffende nicht aussätzig war, und der Richter entschied nunmehr, dass die fälschliche Aussage, dass Jemand aussätzig wäre, als Verleumdung und eine öffentliche Aeusserung dieser Ansicht als üble Nachrede nach dem Gesetz aufzufassen wäre. Der Arzt wurde dementsprechend bestraft. Der Richter entschied ferner, dass es in dieser Hinsicht keinen Unterschied mache, ob die Wissenschaft, wie es mit Bezug auf die Lepra behauptet werde, ermittelt habe, dass diese Krankheit irrthümlich für ansteckend gehalten werde. Bei dem Aussatz liege das Besondere des Vergehens darin, dass allgemein die Neigung bestehe, einen Aussätzigen zu meiden und von der menschlichen Gesellschaft auszuschliessen. Wenn nun ein Arzt durch eine falsche Diagnose und einer diese entsprechende Veröffentlichung eine Person in diese Lage bringe, so sei er wegen Verleumdung bezw. übler Nachrede zu bestrafen. So berichtet der „Pharm. Gen.-Anz.", dem wir die Verantwortung für die Richtigkeit der Mittheilung überlassen müssen. Die Motivirung des Urtheils gehört in ein Raritätenkabinet. Offenbar liegt hier keine Verleumdung sondern lediglich ein Bruch des Amtsgeheimnisses, allerdings unter erschwerenden Umständen, vor.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

e „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monat-
h zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche
stamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-
Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 11. | Ausgegeben am 1. Juni.

Inhalt:

Aus dem pathologischen Institut der Universität Greifswald (Prof. Dr. P. Grawitz).

Innere Verblutung durch Bersten eines Aneurysma dissecans in der Niere nach Trauma.

Von
Dr. M. Penkert.
Assistent am Institut.

In der Literatur über Nierenverletzungen, die durch Unglücksfälle herbeigeführt sind, finden sich nur wenige Fälle verzeichnet, in denen sich durch Hinzutritt von Komplikationen an das Trauma ein längeres Kranksein mit schliesslich tödlichem Ausgange angeschlossen hat. Meist haben die Nierenverletzungen den sofortigen bezw. sehr schnellen Tod nach sich gezogen, oder sie sind bald geheilt. Ein Fall der erstgedachten Art scheint mir daher der Veröffentlichung werth.

Der 59 Jahre alte landwirthschaftliche Arbeiter K. B. fiel im Januar 1901 vom Scheunenboden auf die Diele herab, wobei er sich eine Schädigung der Schulter zuzog und nach den Aussagen seines Sohnes auch auf der rechten Nierengegend aufgeschlagen sein soll. Die Schulter war blau unterlaufen, schmerzhaft, das Schultergelenk konnte er nicht bewegen. Auf eine Einreibung milderten sich die Schmerzen in der Schulter. Früher gesund, erblich nicht belastet, Vater einer zahlreichen gesunden Familie, fühlte sich Patient seit August 1899 krank. Er hatte über Kopfschmerzen und Reissen im Rücken zu klagen, was ihn den grössten Theil der Zeit bis jetzt ans Bett fesselte. Anfang März 1901 merkte Patient, dass er den Urin nicht mehr ordentlich entleeren konnte. Er musste grösseren Druck anwenden, der Strahl ging seitlich ab. Dazu hatte der Kranke in der letzten Zeit verstopften Stuhl gehabt, mehrmals waren dem Stuhl schwarze, theerartige Massen beigefügt. Die Stuhlentleerung verursachte an sich keine bedeutenderen Beschwerden. Speisen konnte Patient angeblich nicht recht hinunterbekommen, sie seien ihm in der Speiseröhre stecken geblieben. Zweimal hatte er Erbrechen. Schwindel bestand augenblicklich nicht mehr, doch sei es ihm nicht recht klar im Kopf gewesen. Alkoholismus und Lues werden bestritten. Da sich seit dem 12. März vollständige Urinverhaltung einstellte, die mit einem Gummikatheter versuchte Entleerung auch misslang, wurde B. am 15. März in die medizinische Klinik zu Greifswald überführt.

15. April 1901. Status praesens.

Ziemlich kräftiger Knochenbau, sehr schlaff entwickelte Muskulatur und mässiges Fettpolster. Haut etwas gelbsüchtig verfärbt, welk und trocken, Sclera und die sichtbaren Schleimhäute blass. Keine wassersüchtigen Schwellungen oder Hautausschläge. Leistendrüsen etwas geschwollen. Bewusstsein frei. Gehör schlecht, sonst von seiten der Hirnnerven keine Störung. Pupillen gleichweit, reagiren prompt. Haut- und Sehnenreflexe intakt, Achillessehnenreflexe lebhafter. Sensibilität normal. Körpergewicht 55,8 kg.

Athmungsorgane: Brustkorb flach, in den unteren Partieen etwas ausgedehnt.

Lungengrenzen R. u. v. Oberer Rand der VI. R.
L. u. v. Oberer Rand der V. R.
hinten unten beiderseits proc. spin. XI. R.

Ueberall heller Lungenschall, scharfes Bläschenathmen, an einzelnen Stellen Rasseln. Athmung ziemlich oberflächlich, regelmässig, auf beiden Seiten gleichmässig, 20 in der Minute.

Kreislaufsorgane: Ausgedehnte Arterienverkalkung, Puls ziemlich klein, wenig gespannt, regelmässig, 96 in der Minute. Keine Hervorwölbung der Herzgegend, kein Herzklopfen.

Oberflächliche Dämpfung: unterer Rand der IV. R., linke Parasternallinie, l. Brustbeinrand. Tiefe Dämpfung: Oberer Rand der III. R., Herzspitzenstoss 1 cm einwärts von der Brustwarze, R. Brustbeinrand. Töne rein. Temperatur 36° C.

Verdauungsorgane: Hochgradiger Geruch aus dem Munde. Zunge etwas belegt, ziemlich trocken, Zähne sehr defekt, häufiges Aufstossen. Neigung zum Brechen. Keine Winde. Bauch sehr stark aufgetrieben und gespannt, äusserst druckempfindlich, hauptsächlich auf der rechten Seite. Ebenda fühlt man eine unbestimmte Resistenz. Eine eingehende Untersuchung ist wegen der grossen Schmerzhaftigkeit nicht möglich. Untersuchung des Mastdarms ergiebt ganz geringe Mengen Kothbröckel, keine Verengerung. Vorsteherdrüse etwas vergrössert.

Harn- und Geschlechtssystem: Aeussere Geschlechtstheile: ausgeprägte Phimose, starke Sekretanhäufung unter der Vorhaut. Mit Metallkathether No. XI kommt man ohne Hinderniss in die Blase, die eine geringe Menge dunklen, trüben Urins entleert. Reaktion sauer. Menge 750 ccm, spez. Gewicht 1014. Eiweissprobe giebt deutliche Trübung, kein Zucker. Indikanprobe stark positiv.

Diagnose: Obturationsileus.

Therapie: feuchter Umschlag, Opiumzäpfchen 0,03. Hoher Einlauf mit 1 l Wasser. Dasselbe wird vollständig resorbirt.

16. April. Patient hat die Nacht unruhig geschlafen, am Morgen erbrochen. Das Erbrochene sieht grünlich aus, ohne kothartigen Geruch, immer noch keine Winde. Bauch auf der rechten Seite immer noch druckempfindlich. Indikanprobe wiederum absolut positiv. Ausspülung des Magens mit grossen Mengen Wassers ergiebt geringe Mengen bräunlicher Massen. Der Kranke wird am Nachmittag unklar, fängt an zu phantasiren. Verlegung auf die chirurgische Klinik.

Am 17. April 1901 wurde die Probelaparotomie ausgeführt nach gestellter Diagnose: Geschwulst in der Bauchhöhle rechts. Hier zeigte sich der weiter unten bei der Sektion beschriebene Befund. Der Tod trat am gleichen Tage noch ein.

Am 18. April 1901 wurde von mir die Sektion der Brust- und Bauchhöhle gemacht, deren Ergebniss ich hier folgen lasse.

Mittelgrosse abgemagerte männliche Leiche mit grauweisser, leicht gelblicher Hautfarbe. Muskulatur noch nicht in Totenstarre. An den abhängigen Theilen keine bläuliche Verfärbung. Links am Nabel vorbei zieht eine ca. 15 cm lange Operationswunde, die nach rechts unterhalb des Nabels einen seitlichen Schenkel zeigt und durch Silkworm und Silberdrähte geschlossen ist. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle entweicht weder Gas noch Flüssigkeit. In den tiefgelegenen Theilen selben finden sich geringe Mengen dunkelkirschrothen flüss Blutes. Der Bauchfellüberzug der Darmschlingen, das fett- zusammengezogene Netz, sowie das Bauchfell und der Le- überzug sind blutig infiltrirt. Zwischen linker Niere Wirbelsäule lässt sich das Gefühl der Pseudofluktuation einer Länge von 10, einer Breite von ca. 3 cm konsta- Rechts von der Wirbelsäule, diese dicht unterhalb der Le sogar nach links noch etwas überragend, wölbt sich eine schwulst von ca. 25 cm Länge, 15 cm Breite und ca. 12 Höhe stark hervor, die vom Bauchfell übersogen ist und dem fluktuirt. Durch die Geschwulst ist die Leber, die nur kaum Rippenbogen überragt, stark nach oben gedrängt; das rechte Hypochondrium wird von demselben ausgefüllt.

Um die Quelle der erfolgten Blutung zu erforschen, nach Entfernung des Urins die Aorta im Zusammenhang den Baucheingeweiden herausgenommen, da der Gedanke lag, dass bei dem nicht gerade allzuseltenen Vorkommen einer geschlängelten aneurysmatisch erweiterten Milzar- diese vielleicht zerrissen sein könnte. Von der Aorta die keine wesentlichen Veränderungen zeigt, werden die Ha- gefässe verfolgt: die Arteria lienalis, aa. renales, suprarena- und mesaraicae sind vollkommen frei. Die Milzarterie einen geraden Verlauf, ist nirgends aneurysmatisch erwe- und vollkommen intakt. Masse der Milz 16 : 10 : 5 cm. Ober- fläche graublauroth gefärbt, leicht gerunzelt, Konsistenz sch- Kapsel leicht verdickt, der Durchschnitt der Milz ist blau Trabekelzeichnung deutlich, weniger die der Follikel.

Die linke Niere liegt in einer blutig infiltrirten Fettk- sie misst 12 : 6 : 3½ cm. Oberfläche glatt, braunroth, lichweiss gesprenkelt (es zeigt sich hier mikroskopisch weise ziemlich starke Fettmetamorphose in den gewunden Harnkanälchen). Die Rindensubstanz misst 5 mm einen Stich ins Gelblichweisse, Opake. Marksubstanz Nierenbecken mit glatter, grauweisser Schleimhaut. Harnl- von der Stärke eines dünnen Bleistiftes zeigt nichts Abnorme Die linke Nebenniere misst 5½ : 1½ : ¾ cm; normaler Be- fund. Das ganze Fettgewebe der linken, sowie der rechten Nierengegend ist diffus mit Blut durchtränkt. Die rechte Nebenniere misst 6 : 2 : 1 cm, ist diffus dunkelkirschroth ge- färbt und lässt von ihrer gewöhnlichen Farbe nur noch wenig erkennen.

Die rechte Niere ist in einen grossen Blutsack eingehüllt der nach der Herausnahme die oben angegebene Grösse ha Beim Einschneiden dieses sackartigen, blutig imbibirten, in- farzirten Tumors wälzen sich faustgrosse Massen von dunkel- kirschrother Farbe heraus, die zum grössten Theil ein gleich- mässiges Aussehen zeigen, feucht sind, bröckelig, nur einzeln- kleinere gelbliche Partikelchen durchschimmern lassen. Nach Herausfallen dieser geronnenen Blutmassen, (in denen sich mikroskopisch nur neben massenhaftem Fibrin rothe und weisse Blutkörperchen nachweisen lassen), zeigt sich eine apfelgrosse dunkelkirschrothe Masse der Nierenoberfläche leicht anhaftend, daneben sieht man in der Nierenrinde in der hinteren oberen Hälfte ein in querer Richtung eingerissenes 2½ cm langes, 1½ cm breites Loch mit minimal erhabenen gelblichweisslichröthlichen Rändern. Der Defekt ist ausgefüllt mit geronnener Blutmasse. Eine einem Aneurysma ähnelnde kleinkaffeebohnengrosse Höhle liegt mit durchbrochenen Wandungen ziemlich dicht unter der Oberfläche der Niere, doch ist wirkliche Gefässwand in ihr nicht nachzuweisen. Beim Sondiren eines vermeintlichen Ausführungsganges kann man Kommunikationen mit Arterien konstatieren, mit Sicherheit ist aber nicht festzustellen, dass die kleine Höhle wirklich die Fortsetzung eines an ihrer Stelle erweiterten Gefässlumens wäre. Auf dem

urchschnitt der Niere zeigt sich, dass dieser in der hinteren)eren Hälfte der Niere liegende dunkelkirschrothe, zerklüftete ezirk von Wallnussgrösse ist und die Rinden- und Marksub-ıbstanz, letztere bis dicht unter das Nierenbecken, in dem on hier ein kleiner schmaler hämorrhagischer Streifen nach bwärts zieht, ersetzt. Im Uebrigen ist die Schleimhaut des etzteren grauweiss, ohne Veränderungen. Die Oberfläche der Jiere ist sonst glatt, zwischen sie und die abgehobene Kapsel varen die oben beschriebenen Blutmassen eingelagert. Masse ler Niere 13 : 8 : 3 cm, Farbe grauroth, Rindensubstanz im Allgemeinen blassroth, leicht opak, 6 mm dick, Konsistenz lerb, Marksubstanz ohne wesentliche Veränderungen (Mikro-skopisch: parenchymatöse und ein leichter Grad von intersti-tieller Nephritis).

Nach vorsichtigem Ausspülen des Blutgerinnsels, das zum Theil mit der Wand der Aushöhlung in der r. Niere verklebt war, ragte ein kugelförmiges Gebilde, etwas grösser als ein Stecknadelkopf, das mit der Wand einer Arterie zusammenhing und im Lumen lag, inmitten der restirenden geronnenen Blutmassen (mehr nach dem erhaltenen Nierengewebe zu) hervor. Dasselbe brach bei vorsichtigem Suchen nach einer Kommunikation mit einem Gefässstamm ab und wurde später weiter untersucht. Schichtenweise wurde dann die Wand des trichterförmigen Defektes zerschnitten und zunächst makroskopisch betrachtet. Dabei fand sich ein beinahe keilförmiger kleinbohnengrosser, gelblichweisser Herd, der sich durch seine helle Farbe deutlich von der blutig infiltrirten Umgebung abhob. Die verschiededen Stückchen wurden einer genauern mikroskopischen Untersuchung unterzogen.

Ausgehend von den dem weisslichgelben Herde entfernteren Stellen ergab sich in Schnitten folgender Befund:

Blutmassen begrenzen nach dem Defekt hin den Schnitt. Rothe Blutkörperchen bilden eine fast gleichmässige Masse, die nur hier und da mit weissen Blutkörperchen untermischt ist und durch zarte Fibrinfädchen in einzelne Schichten zerlegt wird. Die rothen Blutkörperchen lassen ihre normale Struktur noch deutlich erkennen, deutlich sind fernerhin die Kerne der weissen Blutkörperchen zu unterscheiden, so dass Zerfallsprodukte hier überhaupt nicht vorliegen. Unregelmässig erstreckt sich nun diese Blutmasse weiter in die Gewebsmaschen. Zwischen Glomeruli, zwischen gewundenen und graden Harnkanälchen finden sich überall zerstreut rothe Blutkörperchen. Die Glomeruli und Harnkanälchen sind zum Theil mit Blut vollgestopft. Das Nierengewebe selbst, soweit es nicht durch das Blutgerinnsel verdrängt, ist in seiner Struktur vollkommen erhalten.

Einen merklichen Gegensatz zu diesen Schnitten, in denen sich kurz Blutungen in unverändertes Nierengewebe finden, bieten Schnitte aus der Umgebung des gelblichweiss gefärbten Herdes. An die frischen Blutmassen grenzt unmittelbar eine durch fibrinähnliches Gewebe gewissermassen abgeschlossene Partie, in der zwar die Konturen der Glomeruli und gewundenen Harnkanälchen zu unterscheiden, diese selbst aber nicht different tingirbar sind, Blutkörperchen sind in dem ganzen Bezirk nirgends zu erkennen. Nach der Peripherie schliesst sich eine Zone an, in der neben erhaltenen grösstentheils Zerfallsprodukte weisser Blutkörperchen vorhanden sind. In dem weiter peripherwärts angrenzenden Bezirke sind nun noch mehr oder minder reichlich ebenfalls Zerfallsprodukte weisser Blutkörperchen eingestreut. Im Anschluss hieran treten dann schon erhaltene weisse Blutkörperchen auf, weiterhin folgt wieder unverändertes Nierengewebe, in dem in den Interstitien und Blutgefässen, in ersteren wohl in Folge der grösseren Blutfülle des ganzen Organs, unverändertes Blut anzutreffen ist. Bakterienfärbungen nach Loeffler und Gräm blieben in diesen Schnitten ohne Erfolg.

Im Wesentlichen boten weitere Präparate die gleichen Erscheinungen, jedoch mit dem Unterschied, dass neben den frischen Blutungen als auch in entfernter gelegenen Schichten

N. H.

A. d.

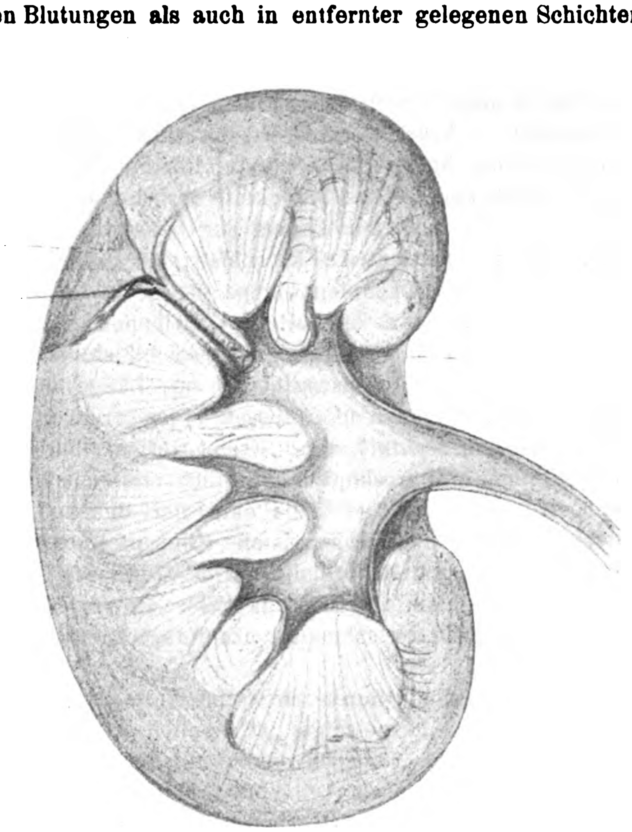


Fig. 1. N. H. = Nekrotischer Herd. A. d. = Aneurysma dissecans.

nicht distinkt färbbare Abschnitte vorhanden waren, so dass also im weiteren Umkreise von der Blutung das Nierengewebe in einem einer Nekrose ähnlichen Zustande sich befand.

Entfernter von dem nekrotischen Herde findet sich allenthalben mit frischen Blutungen durchsetztes, an sich unverändertes Nierengewebe.

Zum Schluss der mikroskopischen Untersuchung wurde noch das oben erwähnte, mit der Wand einer Arterie zusammenhängende, abgerissene, kugelförmige Gebilde einer genaueren Besichtigung unterzogen. In Schnitten stellte sich heraus, dass die äussere Umgebung desselben der Intima kleiner Gefässe gleich, und dass diese, sowie die oberen Lagen der Media durch Blutungen schichtweise hervorgewölbt werden. Auch sind Abschnitte der Media erhalten, die durch eine stark veränderte Blutmasse auseinandergedrängt sind. In ihr können bei stärkerer Vergrösserung Haematoidinkristalle deutlich erkannt werden. (140) Serienschnitte von diesem kleinen kugeligen Partikel zeigen fortlaufend die eben beschriebene Veränderung.

A. B.

A. d.



Fig. 2. A. B. = Alte Blutung.
A. d. = Aneurysma dissecans.

Die Leber misst 29 : 15 : 7 cm, Oberfläche leicht höckerig, Konsistenz derb, Farbe braunroth. Am rechten Leberlappen in der Gegend der Gallenblase fibröse Verdickungen. Auf dem Durchschnitt ist die Farbe grau-grünlich-braunroth, reich-

liche Fettinfiltration, reichlicher Blutgehalt, Gallenblase stark ausgedehnt, enthält 40 ccm Galle, ohne Veränderungen. Lebergefässe frei; die Speiseröhre zeigt keine Veränderungen, ebensowenig Magen und Darm, abgesehen von der blutigen Infiltration des letzteren.

Die Blase ist prall gefüllt, enthält röthlich gelben, leicht getrübten Urin. Schleimhaut röthlichgelb, glatt, die Vorsteherdrüse ist in ihren beiden Seitenlappen hypertrophirt, auch der Mittellappen ist stark vergrössert, an ihm ragen besonders zwei Drittel der linken Hälfte hervor, Rectum fast leer.

Im Herzbeutel wenig Flüssigkeit, Pericard spiegelnd glatt und glänzend. Das Herz entspricht der Grösse der männlichen Faust. Der rechte Ventrikel ist schlaff, der linke straff kontrahirt. Rechte Vorhofkammerklappe für zwei Finger bequem durchgängig. Endocard überall zart, Klappen und Sehnenfäden vollkommen intakt, Muskelfleisch leicht lehmfarben. Die Aorta misst an ihrem Abgangstheil 9 cm, Länge des linken Ventrikels beträgt innen $9^1/_2$, aussen 11 cm, Dicke der Muskulatur links 25, rechts 7 mm. Kranzarterien ohne pathologischen Befund. (Mikroskopisch: ziemlich reichliche Fettmetamorphose im Myocard). — Die Pleura der linken Lunge ist grösstentheils mit der Pleura costalis (Rippenfell) verwachsen. Die Lunge ist überall lufthaltig. Der Gewebssaft reichlich blutig, schaumig klar; nirgends tuberkulöse Prozesse. Schleimhaut der Luftröhrenäste schmutzig grauroth, schaumig schleimig belegt.

Die rechte Lunge, deren zarte und glatte Pleura (Lungenfell) eine blassrothe Farbe zeigte, ist ziemlich pigmentarm, überall lufthaltig, an den Rändern emphysematös. Die Farbe der Pleura des Unterlappens dunkelblauroth. Hier besteht Atelektase auf der Schnittfläche des Oberlappens fliesst reichlich blutig schaumig klarer Gewebssaft hervor, während sich im Unterlappen, theilweise auch im Mittellappen, dunkelrothes, wenig schaumiges Blut abstreichen lässt. In der Spitze alte ausgeheilte tuberkulöse Narben. In den leicht verdickten Bronchien graurother schäumiger Schleim, die Arteria pulmonalis ist in beiden Lungen frei. Halsorgane ohne pathologische Veränderungen.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Ruptura renis dextr. Haematoma capsulae renis dextr. Nephritis parenchymatosa et interstitialis. Hyperplasia lienis chronica. Infiltratio haemorrhagica tractus intestinalis abdominis et peritonei. Hypertrophia lobi utrinsque lateralis et medii prostatae. Pleuritis adhaesiva inveterata sinistra. Anaemia et emphysema pulmonum. Atelektasis lobi inf. et medii dextr. Myocarditis parenchymatosa.

Die Sektion ergiebt, dass der Tod erfolgt ist an innerer Verblutung, ausgegangen von der rechten Niere.

Die klinischen Erscheinungen des Ileus sind nicht durch Stenosen in der Darmwand hervorgebracht, vielleicht durch Druck des Blutsackes. Die Harnbeschwerden finden volle Aufklärung durch die Prostatahypertrophie. Für die Schluckbeschwerden lassen sich durch die Sektion keine Anhaltspunkte ermitteln.

Bei der Probelaparotomie sowohl wie dann auch bei der Sektion war in der Bauchhöhle flüssiges Blut gefunden (nicht herrührend von dem operativen Eingriff). Die total blutig infiltrirten Eingeweide, besonders der Darm, deuteten auf eine schon längere Zeit bestehende, doch vielleicht höchstens auf ein paar Tage zu bemessende Blutung hin. Zudem kam noch das grosse Blutkoagulum zwischen der Rinde und theilweise der Marksubstanz der Niere einerseits und der Kapsel andererseits. Letztere war stark ausgedehnt, aber nirgends in grösserer Ausdehnung geplatzt; vielleicht war ein kleiner Riss am Hilus vorhanden, durch den die Blutung weiter in die Lymphspalten der radix mesenterii und von da durch Diapedese in die P tonealhöhle und den Darm (was auch die theerartigen St erklärt) erfolgt war, oder es war vielleicht durch den Dr des Tumors auf die Abdominalvenen eine venöse Hyperä der Darmschlingen eingetreten, die dann auch durch Diaped zu den eben oben erwähnten Blutungen geführt hatte.

Bei der Tiefe der zerrissenen Höhle bis annähernd an das Nierenbecken musste es befremden, dass eine grö Blutung ins Nierenbecken nicht erfolgt war, wenngleich blutig unterlaufener Streifen nach hier zog. Bei genaue Untersuchungen auf der medizinischen und chirurgisc Klinik wurde niemals Blut im Urin gefunden, eine Haematu ein fast regelmässiger Befund bei Nierenrupturen, also aus schlossen. Immerhin ist jedoch letztere nicht mit posit Sicherheit von der Hand zu weisen, da, wie aus der Litera bekannt, mitunter nur ganz vorübergehend blutiger Ur (makro- und mikroskopisch bestätigt) entleert worden ist. Ausfall dieses Symptomes ist immerhin sehr bemerkenswe

Die Quelle der Verblutung war nicht ohne Weiteres k nur dass es sich um eine unter starkem Druck erf arterielle Blutung handeln musste, ergab sich aus der w hin reichenden hämorrhagischen Infiltration als zweifellos. Betracht kamen zwei Möglichkeiten.

1. Blutung aus einem Tumor.
2. Blutung aus einem Aneurysma.

Wir dachten an Struma suprarenalis aberrata (das dem Defekt der Niere herausragende blutkoagulumähnli Gebilde, die Gestaltung des eingerissenen Loches, konnten die Lage einer Geschwulst, die bei der Eröffnung des Bl sackes eventuell herausgefallen wäre, erinnern an e aberrirte Nebennierengeschwulst, aus dem Grunde, weil artige Neubildungen durchweg sehr gefässreich sind und zu Blutungen Anlass geben können) oder an ein kleines Lig arteriosum, mussten aber schon bei frischer Unters Beides ablehnen.

Die Diagnose auf Aneurysma (Schlagadererweiterung makroskopisch wahrscheinlich, der mikroskopische Befund be stätigte sie.

Beim Zerlegen der Niere in die einzelnen Stücke zu mikroskopischen Untersuchung fand sich der oben beschriebene weisslichgelbe nekrotische Herd. Seine immerhin noch kegel förmige kleinbohnengrosse Gestalt mag wohl vordem einen grösseren Umfang gehabt haben. In seiner Farbe und Form erinnerte er an einen Infarkt, eine embolische Nekrose. Doch wie sollte die Aetiologie zu erklären sein? Die Herzklappen, die Aorta ebenfalls, die, einer genauen Besichtigung unterzogen, keine Veränderungen ergeben hatten, waren vollkommen intakt; eine verrucöse oder ulceröse Endocarditis, die einen Embolus hätte erklären können, fehlte. Dass hier fast an der Grenze des gesunden und nekrotischen Gewebes, wo im mikroskopischen Bilde, wie oben beschrieben, Zerfallsprodukte weisser Blutkörperchen und in der Nähe des gesunden Gewebes wieder theils weniger, theils mehr erhaltene rothe Blutkörperchen zu finden waren, eine Zeit lang vor der Ruptur und Blutung eine Stase bestanden hat, leuchtet ein. Nirgends in der Umgebung der Nekrose finden sich reaktive Vorgänge, ein Granulationswall, wie er bei embolischer Nekrose nach geraumer Zeit einzutreten pflegt, fehlt vollkommen. Und so erklärt sich der Zerfall aus einem allmählichen Verschluss eines Gefässes, das den betreffenden Nierenbezirk arteriell zu versorgen hat.

Das schon erwähnte kugelförmige Gebilde ergab bei der mikroskopischen Untersuchung einen Befund, der deutlich zeigte, dass es sich hier um Blutungen in eine Arterienwand handelte. Letztere wurde stark hervorgewölbt und bedingte dann allmählich einen Verschluss des Gefässlumens, sodass in Folge

ısen ein Bezirk der Niere, deren Arterien bekanntlich als darterien angesehen werden, durch Obturirung seines zu-ırenden Astes vollkommen von der Ernährung ausgeschlos-ı wurde und der Nekrose anheimfallen musste. Was die ırk veränderte Blutmasse zwischen den Schichten der Media langt, so ist ohne Weiteres zu ersehen, dass es sich hier ı eine alte vor längerer Zeit erfolgte Blutung handelt, die ıch Auffindung von Haematoidinkrystallen nicht nur an Wahr-heinlichkeit gewinnt, sondern sich absolut nicht abstreiten sst. Wie die zahlreichen Serienschnitte beweisen, erstreckt ch diese Blutung auf einen grossen Bezirk, so dass also in iner relativ grossen Ausdehnung die Arterienwand arrodirt, errissen und vorgebuckelt ist.

Nach dem ganzen Befund glaube ich zu der Annahme be-echtigt zu sein, dass es sich hier um ein Aneurysma dissecans iner kleinen Arterie handelt. Vor längerer Zeit hat irgend in Anlass vorgelegen, der eine Zerreissung der Intima und Media — der Uebersicht halber behalte ich diese ältere Be-ıennung und Eintheilung der Schichten der Arterienwand bei — bedingt hat. In den tieferen Schichten ist der Bluterguss den gewöhnlichen Veränderungen, Zerfall der Blutkörperchen und Bildung von Haematoirinkrystallen, anheimgefallen, hingegen sind durch den in den ursprünglichen Riss und die dadurch entstandene minimale Ausdehnung andauernd nachdrängenden Blutstrom schichtweise die einzelnen Lamellen und Fasern der Media und Intima auseinandergedrängt, vorgewölbt. Nach Erreichung der entgegengesetzten Arterienwand ist schliesslich ein Abschluss und Verschluss der Arterie eingetreten, der zunächst eine Stasis in dem zugehörigen Nierenbezirk mit nachfolgender Nekrose desselben bedingt, allmählich die Erscheinungen einer embolischen Nekrose in ihren ersten Anfängen hervorgerufen hat.

Aehnlich wie bei Aortenaneurysmen, nachdem das umgebende Gewebe widerstandslos geworden, d. h. nachdem durch beständiges Wachsen die angrenzenden Abschnitte Luftröhre, Speiseröhre etc. keine genügenden Wandungen mehr haben, diese vielmehr substituirt sind, schliesslich eine Ruptur erfolgt, so glaube ich auch, dass bei vorliegendem Aneurysma dissecans durch den beständig usurirenden, andrängenden Blutstrom schliesslich an irgend einer Stelle eine Ruptur hervorgebracht ist. Um so leichter war dies möglich, als hier nicht wie bei embolischen Nekrosen ein blander Propf das Lumen verschliesst, hier adhärent wird und einen verhältnissmässig kräftigen Abschluss bildet, sondern dünne Lamellen der Arterienwand den Damm gegen die anstauenden Blutmassen darstellten und ihnen fast ohnmächtig gegenüberstanden. In dem nekrotischen Gewebe fanden die Blutwellen keinen Widerstand und so durften keine Schwierigkeiten für die Ausbreitung des Blutes in dem veränderten Bezirk vorliegen. Schichtweise ist die tote Nierensubstanz unterwühlt und so allmählich der Blutstrom bis an die Oberfläche gelangt, nach deren Durchbrechung schliesslich ein Erguss zwischen Niere und Kapsel zu Stande kam, ein Haematom, das in kollossalem Umfange die Kapsel abhob und durch die allmähliche Füllung ausdehnte, das weiterhin die erheblichen Beschwerden des Patienten verursachte und zu einer Blutung per diapedesin in die Peritonealhöhle und ihren Inhalt, in sehr geringem Grade auch in den Hilus der Niere Veranlassung gab.

Wenngleich in der Literatur auch verschiedene Fälle bekannt sind, wo eine spontane Thrombose der blutenden Gefässe eintrat, so ist es doch immerhin leicht erklärlich, dass bei dem starken Kaliber der Art. renalis und bei dem in ihr herrschenden hohen Druck Zerreissungen ihrer Verzweigungen zweiten und dritten Grades starke Blutungen bewirken müssen, noch dazu in einem dazu förmlich präformirten Bezirke.

Ich glaube, genügend sicher gestellt zu haben, dass das Platzen eines in der Niere bestehenden Aneurysma dissecans die Veranlassung zu der Ruptur der Niere und der inneren Verblutung gewesen ist.

Nierenrupturen werden nun durchweg durch Traumen irgend welcher Art hervorgerufen, mögen es direkte oder indirekte Gewalten sein, wie sie Simon eintheilt: Ueberfahrenwerden, Pferdehufschlag, Stockschläge, Faustschlag, Herabfallen einer Eisenstange, eines schweren Gewichtes, eines Balkens, Sturz vom Pferde, oder aus der Höhe auf Steine, Balken, Segelstangen; ferner Fall gegen die scharfen Kanten von Tischen, Stühlen, Fensterbrettern, Kisten, Bänken, Treppenstufen, Stösse von Eisenbahnpuffern etc. etc. oder starke Erschütterung des Körpers beim Reiten und besonders Fall oder Sturz aus grösserer Höhe auf eine ebene Fläche. Genug, irgend ein traumatisches Moment liegt immer vor in allen Fällen, die ich in Kasuistiken der letzten fünfzehn Jahre durchgesehen habe.

Küster bringt nach seinen eingehenden Untersuchungen über diesen Gegenstand (Archiv für klinische Chirurgie Bd. 50) die mechanischen Einwirkungen in folgende Gruppen:

1. Zusammenpressen des Bauches gleichzeitig von vorn und von hinten (Eisenbahnpuffer), oder Einwirkung einer schweren Gewalt von vornher, während die Lende von hintenher durch eine Wand, den Erdboden u. s. w. unterstützt wird. (Ueberfahrenwerden.)

2. Ein heftiger Stoss oder Schlag trifft die Lendengegend von hintenher.

3. Fernwirkung der Gewalt beim Fall auf die Füsse, auf das Gesäss, auf den Damm.

4. Muskelzug.

Zur Erklärung der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle radiär zum Nierenbecken gestellten Risslinien führt Küster weiter das Zusammenwirken zweier Dinge an, nämlich

1. einer plötzlichen, stossweisen Adduktionsbewegung der beiden unteren, beweglichen Rippen gegen die Wirbelsäule,

2. einer hydraulischen Pressung der in den Nieren reichlichst enthaltenen Flüssigkeiten.

Aus der Krankengeschichte meines Falles ergiebt sich, dass der Mann im Januar 1901 vom Scheunen- boden auf die Diele gefallen, dabei auf die rechte Nierengegend aufgeschlagen sein soll. Bei diesem heftigen Fall auf die Lendengegend von hinten her ist unter gleichzeitiger Adduktionsbewegung einer oder beider beweglichen, unteren Rippen gegen die Wirbelsäule einerseits und der hydraulischen Pressung der in der Niere reichlichst enthaltenen Flüssigkeiten andrerseits sicherlich irgend eine Schädigung der Niere erfolgt. Auch entspricht die Rupturstelle den Enden der freibeweglichen, unteren Rippen. Die Risswunde verläuft auch hier, wie man sie fast regelmässig bei Nierenrupturen konstatiren kann, quer über die Oberfläche in fast radiärer Richtung in einer Länge von $2^1/_2$, einer Breite von $1^1/_2$ cm. Hätte dieselbe in dieser Ausdehnung gleich nach dem Unfall bestanden, so ist wohl anzunehmen, dass der Patient schon damals reichliche Beschwerden davon gehabt hätte und die Verletzung tödtlich ausgegangen wäre. Selbst wenn dies nicht der Fall gewesen, müssten doch irgend welche Heilungsvorgänge sich an die Verletzung angeschlossen haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung hätten sich irgendwelche Residuen, Narbengewebe und dergl. mehr in dem geschädigten Bezirk ergeben müssen. Davon war aber nichts zu ermitteln. Ein Riss bei der Breite des vorliegenden würde sicher auch eine grössere Längenausdehnung gehabt haben. Die ausgedehnte Zertrümmerung, Zerreissung der Niere, wie sie hier bei der Sektion vorliegt, ist sicher unmittelbar durch den Unfall nicht entstanden.

— Sollte aber nicht doch durch das Trauma eine kleine Veränderung der Niere hervorgerufen sein? Wenn auch vielleicht die Kontusion der Lendengegend selbst nicht so stark war, dass eine wirkliche Zerreissung eines grösseren Abschnitts erfolgte, so kann man wohl annehmen, dass bei der starken Blutfüllung der Niere in erster Linie die arteriellen Gefässe affizirt werden und der hydraulische Druck an der durch die Rippen gepressten Stelle in der Nähe der Gabelung einer Arterie am Grössten gewesen, und eine Zerreissung der Arterien-Innen- und -Mittelhaut veranlasst hat. Begünstigt kann letztere wohl auch noch werden durch eine bei dem Alter des Individuums nicht ganz auszuschliessende, grössere Brüchigkeit der Arterien.

Die ältere Durchblutung der Mediaschichten, das gefundene Aneurysma dissecans lassen mit Sicherheit auf eine Zeit schliessen, die einige Wochen vor dem Tode zurückliegt und mindestens mit grösster Wahrscheinlichkeit mit dem Unfalle koinzidirt. Ob ein geringes, zweites Trauma vorgelegen hat, das die Zerreissung des Aneurysma dissecans, eine unleugbare zweite Blutung bedingt hat, ist aus der Anamnese nicht zu ermitteln, meines Erachtens bei den ganzen makro- und mikroskopischen Verhältnissen auch absolut nicht nothwendig. (Vielleicht könnten Versuche bei der bestehenden Prostatahypertrophie, die Blase zu entleeren und den angestauten Urin auszupressen, eine Erklärung bringen?)

In kurzen Worten ist also der Verlauf der lokalen Nierenerkrankung folgender: Riss einer kleinen Nierenarterie, Blutung in denselben, Bildung eines Aneurysma dissecans, Verschluss der Arterie, Nekrose des dazu gehörigen Bezirkes der Niere. Ruptur des Aneurysma dissecans, des nekrotischen Bezirkes und innere Verblutung aus dem geborstenen Aneurysma.

Die Unfallfrage ist im vorliegenden Falle nicht aktuell geworden, wäre sie aufgeworfen, so würde der Sachverständige ohne die genaue Untersuchung der Niere wahrscheinlich den Zusammenhang zwischen dem Sturz auf die Scheunentenne und dem erst acht Wochen später erfolgten Verblutungstode in Abrede gestellt haben, da in der ganzen Literatur über traumatische Nierenblutungen keine Beobachtungen vorliegen, aus denen auch nur die Möglichkeit einer so späten Nachwirkung der Verletzung gefolgert werden könnte. Der Werth der Mittheilung liegt also in der prinzipiellen Feststellung der Möglichkeit auf Grund des geschilderten Herganges, bei dem das Aneurysma die Rolle eines Mittelgliedes in der Kette der Vorgänge spielt.

Wenn man die Möglichkeit aber auch nach den mitgetheilten Befunden zugiebt, so kann man darüber noch zweifelhaft sein, ob das Aneurysma auch wirklich traumatischen Ursprungs sein müsse. Die gesammte Literatur enthält keinen ähnlichen Fall von der Niere; wohl aber kennen wir spontan entstandene, vielleicht z. T. angeborene Aneurysmen der Gehirnarterien, die ohne Trauma bersten und den Tod herbeiführen können. Das sind aber ihrer Struktur nach ganz andere Aneurysmen, an denen man alle Wandbestandtheile der Arterie betheiligt sieht, während hier die mikroskopische Untersuchung die Blutung in die Lamellen der Arterie und die Residuen, also die erst kürzlich abgelaufene Entstehung des Aneurysma nachgewiesen hat. Dies ist der Punkt, auf den für den Sachverständigen bei etwa eintretender Wiederholung die Entscheidung zu legen ist.

Erholungs- und Genesungsheime für die Bahnb[...]

Vortrag gehalten in der Ausschuss-Sitzung des Vereins [...] Bahnärzte.

Von

Sanitätsrath Dr. Schwechten-Berlin.

M. H. Wenn ich dem Wunsche unseres verehrt[...] Vors. nachgekommen bin, heute wieder einmal das Th[...] Erholungs- und Genesungs-Heime anzuschneiden, so g[...] das nicht etwa, weil diese Frage kürzlich im preussis[...] geordnetenhause zur Sprache gebracht wurde, das The[...] bereits vordem auf der Tagesordnung, und ich möchte gl[...] vorwegnehmen, dass uns keinerlei politische oder [...] Gründe zur Besprechung veranlassen, sondern le[...] medizinisch-hygienische Gesichtspunkte. Auch bin ic[...] in der Lage, Ihnen, seitdem von Brähmer und D[...] diese Frage zuerst angeregt wurde, wesentlich neue M[...] vorzuführen, vielmehr sehe ich meine Aufgabe heute[...] darin, Ihnen noch einmal ins Gedächtniss zurück zu[...] was wir seiner Zeit einstimmig verlangt haben, Ihnen [...] zu referiren, was seitdem erreicht ist, und drittens, [...] Perspektive zu eröffnen, was vielleicht noch erreicht w[...] kann. Ueber die Nothwendigkeit der Institution noch [...] zu verlieren, erübrigt wohl, nachdem Sie alle einstimmi[...] selbe s. Z. in Köln anerkannt haben, nachdem wenigstens [...] Theil der Beamten sich gleichfalls davon überzeugt ha[...] nachdem auch die Behörde sich dahin geäussert hat, dass [...] nur das Bedürfniss einer Nothwendigkeit zur Errichtung [...] Erholungs- und Genesungs-Heims für den Stand der Loko[...] führer vorliegt, sondern dass in allererster Linie be[...] (d. Lokf.) die Möglichkeit zur Ausführung gewährle[...] Die Behörde hat auch ihrer Freude Ausdruck ge[...] (E.-Ztg. 25. 8. 1900), darüber, dass das geplante Unter[...] sich einer fast allgemeinen Zustimmung erfreut [...] schliesslich den Lokf. mit Rath und That zur Hand [...] Gründung ihres Heims. Bestände noch irgend ein Zw[...] der Nothwendigkeit, so wäre der soeben verlesene Br[...] kgl. Badedirektion massgebend, worin Schwierigkeiten ge[...] werden, den Bahnbeamten als quasi Patienten II. Klasse [...] leichterungen zu gewähren. Brähmer, der überhaupt un[...] ein Werk über Eisenbahnhygiene geschaffen, und damit e[...] fühlbaren Mangel unserer Literatur abgeholfen hat, hat [...] zuerst die Frage des Erholungsheims angeregt und sagt d[...] in seinem 1896 erschienenen Handbuche im Anschluss a[...] Kapitel vom Urlaub pg. 304:

„Ein grosses Verdienst würde sich aber jede Verwaltu[...] erwerben, wenn sie nach Art der Militärlazarette in Te[...] Karlsbad u. s. w. Sommerfrischen oder Erholungsstationen [...] die Bahnbeamten errichtete. Für ganz Preussen wür[...] vielleicht zwei solcher Stationen, am besten an Orten [...] Soolbädern, genügen. Die Verwaltung könnte so billig e[...] gerichtet werden, dass jeder Beamte ohne grossen Zusch[...] seinen Urlaub dort verbringen könnte. Manche Länd[...] besonders Bayern, besitzen bereits ähnliche Einrichtungen[...]

In Nr. 9 d. Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung vom 1. M[...] 1898 präzisirt dann Br. seine Idee näher dahin, dass zur E[...] holung der Bahnbeamten für die Wiedergewinnung ihrer a[...] genutzten Leistungsfähigkeit in einem gesund und waldig ge[...] legenen Dorfe, vielleicht in der Nähe eines Soolbades, ei[...] Haus gekauft werden möge, dessen Verwaltung und Oekonomie [...] von pensionirten Bahnbeamten geleitet werden könne. Das Erho[...] lungsheim steht hier noch im Vordergrunde. Nur anhangs[...] weise erwähnt Br., dass er bei chronisch kranken Bahnbeamten [...] oder Rekonvaleszenten von akuten Krankheiten meist gute [...] Erfolge von Sool- und Wildbädern gesehen hat und empfiehlt[...]

alb nach Analogie der Militärkurhäuser in österreichischen preussischen Bädern an solchen Bädern Einrichtungen zu en, welche Bahnbeamten an solchen Orten billige Kur ähren. Br. glaubt damals noch vielleicht mit einem der-gen Heim sich für ganz Preussen begnügen zu können. Aufsatz von Davidsohn in Nr. 11 derselben Zeitung, aus iselben Jahre, veranlasste dann den Ausschuss, Davidsohn zufordern, auf dem Kölner Bahnärztetage am 13. Oktober 8 seinen Vortrag über das gleiche Thema zu halten. D. nulirte am Schlusse seines Vortrages seine Thesen, welche stimmig Annahme fanden, folgendermassen:

Errichtung von Erholungsheimen, namentlich für solche amte, welche in grossen Städten stationirt sind, ist zu ipfehlen.

Genesungsheime (Eisenbahnkurhäuser) sind in einzelnen eigneten Badeorten zu errichten. Bis zur Erbauung solcher es nothwendig, dass mit Krankenhäusern und Privatanstalten fünf bis sechs geeigneten Badeorten feste Vereinbarungen troffen werden, denen zu Folge Beamte auf Kosten der Verıltung dieselbe Aufnahme und Pflege finden wie Privatpernen. Ebenso sind mit Heilstätten für Lungenkranke solche erträge zu schliessen.

Diese letzte Forderung sollte sich zu allererst erfüllen. em Zuge der Zeit folgend, welcher die Bekämpfung der uberkulose in erster Linie forderte, hat auch die Pensionsasse der Eisenbahnarbeiter beschlossen, zwei Heimstätten mit inem Kostenaufwande von ca. 1½ Millionen Mark zu bauen nd zwar auf Brähmers Vorschlag, die eine zu 120 Betten in lelsungen, die andere zu 80 Betten in Schreiberhau. Beide ollen auch lungenkranken Beamten zugängig gemacht werden, obald sich ein Modus gefunden hat, unter dem dies statutaisch geschehen kann.

Ein erheblich weiterer Schritt ist sodann geschehen durch len Beschluss des Vereins Deutscher Lokomotivführer Kreis I Berlin, der durch einen Vortrag Brähmers angeregt wurde, aus eigenen Mitteln ein Erholungs- und Genesungsheim für Lokomotivführer zu gründen. Soweit mir bekannt geworden, sind für diesen Zweck bis jetzt ca. 30 000 Mark zusammengebracht, die Behörden stehen dem Plane, wie ich schon vorher erwähnte, wohlwollend gegenüber. Der Herr Regierungsvertreter glaubt, weitere Mittel zuführen zu können durch Aufnahme einer Hypothek aus der Hilfskasse des Vereins der Lokomotivführer. Auch das Ministerium d. ö. A. hat sich dem Plane als einem dem Zuge der Zeit entsprechenden gegenüber wohlwollend ausgesprochen. Freilich kann die Behörde aus eigenen Mitteln nach Lage der jetzigen Gesetzgebung keine materielle Beihilfe gewähren für einen besonderen Beamtenstand.

Aber weitere Kategorien von Bahnbeamten werden den Lokomotivführern zweifellos folgen, was den Lokomotivführern möglich war, wird auch der bei weitem grösseren Zahl des übrigen Fahr- und Stationspersonals, als den besonders zu Rheumatismus und Neurasthenie inklinirenden Beamten möglich sein; obwohl nicht zu verkennen ist, dass die vorzügliche Organisation der Lokomotivführer diesen wieder zu Gute kommt.

Eines ist geklärt: Behörden, Aerzte und Beamte sind sich einig in der Anerkennung der Nothwendigkeit der Erholungs- und Gesundheitsheime. Unzweckmässig erscheint es, Erholungs- und Genesungsheime von einander zu trennen.

Der Staat ist zur Zeit nicht berechtigt, die Erbauung derartiger Institute durch Gewährung materieller Beihilfen zu unterstützen; wohl aber hat das Ministerium die moralische Unterstützung durch Gewährung von Urlaub, Bewilligung von freier Fahrt und materieller Beihilfen an Einzelne anerkannt und zu gewähren erklärt.

Mit Brähmer bin ich einverstanden, dass in erster Linie Soolbäder, z. B. Oeynshausen und Frankenhausen, entsprechend der vorwiegend in Frage kommenden Erkrankungsform der Neurasthenie und des Rheumatismus, geeignet sind zur Erbauung der Heimstätten, im Gegensatz zu ihm möchte ich aus eigener Erfahrung besonders für Neurastheniker auch eine kleinere Nordseeinsel als durchaus geeignet, empfehlen.

Ich halte es auch nicht für ausgeschlossen, dass sich private Wohlthätigkeit durch Legate und Schenkungen, ähnlich wie in England und Amerika, diesen Bestrebungen hilfreich naht, in der richtigen Erkenntniss, dass Jeder von uns einen Theil seiner Ferienruhe und Erholung der Gesundheit und Rüstigkeit, dem sichern Auge und der schnellen Hand jener Männer verdankt, die uns durch Nacht und Nebel, Sturm und Regen aufopferungsvoll ans Ziel unserer Wünsche führen, entsprechend der alten Devise: aliis inserviendo consumor.

Die Eintragepflicht der Inhaber von Heilanstalten in das Handelsregister.

Von

Kreisgerichtsrath Dr. B. Hilse-Berlin.

Auf S. 501 der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung vom 15. Dezember v. J. erörtert Dr. Alfred Glücksmann die Frage, ob der Arzt als Inhaber einer Privatkrankenanstalt Kaufmann sei? und gelangt zu dem Endergebniss, dass er als solcher im Sinne des § 2 H. G. B. erachtet werden könne, vorausgesetzt, dass der Umfang seiner hierauf gerichteten Thätigkeit eine der kaufmännischen gleichkommende Buchführung erforderlich mache. Seinen Ausführungen ist nicht anstandslos beizupflichten, indem weder der Arzt als solcher, noch auch in seiner Nebeneigenschaft als Inhaber einer Heilanstalt nach dem Sprachgebrauch des gewöhnlichen Lebens und im rechtlichen Sinne Kaufmann wird. Jedoch hat § 2 des H. G. B. in der Fassung des Gesetzes vom 10. Mai 1897 neben den Kaufleuten auch Gewerbetreibende zur Eintragung in das Handelsregister verpflichtet, ohne dieselben allen Verbindlichkeiten zu unterwerfen, welche den Kaufleuten, insonderheit hinsichtlich der Buchführung auferlegt wurden. Bei der erheblichen Tragweite und praktischen Bedeutung, welche diese Neueinrichtung für den Aerztestand hat, erscheint es gerechtfertigt, nochmals mit derselben sich zu beschäftigen und den Standpunkt klarzulegen, welchen die Rechtswissenschaft und die Rechtsprechung hierzu einnimmt.

In der Begründung der Gesetzesvorlage ist in Bezug auf die Anwendung des § 2 hervorgehoben, dass der Ausdruck gewerbliches Unternehmen im Gesetz nicht näher erläutert zu werden brauche, weil schon vermöge der Bedeutung, welche ihm nach dem allgemeinen Sprachgebrauch zukommt, er genüge, um die Ausübung der Kunst, der Rechtsanwaltschaft, des ärztlichen Berufes u. s. w. auszuschliessen. In Folge dessen wird auch in der handelsrechtlichen Literatur die Ueberzeugung vertreten, dass der Beruf des Arztes nicht als Gewerbe im Sinne des Handelsgesetzbuches gelten könne. Auch in der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichtes hat die gleiche Rechtsüberzeugung sich Geltung verschaft. Nach dem Erk. vom 5. Januar 1893 (Entsch. Bd. 24, S. 322) ist der ärztliche Beruf als solcher ungeachtet der Bestimmungen in den §§ 6, 29, 53, 80 Abs. 2 der Gewerbeordnung kein Gewerbe im Sinne der Gewerbeordnung, womit auch die Erk. vom 1. April 1887 (ebd. Bd. 15, S. 41) und vom 25. November 1891 (ebd. Bd. 23, S. 39) übereinstimmen. Es kann deshalb keinem begründeten Zweifel unterliegen, dass nach dem allgemeinen Sprachgebrauch die Berufsthätigkeit des Arztes nicht ein Gewerbe darstellt, und

dass, da dieser Sprachgebrauch für die Auslegung des § 2 des Handelsgesetzbuches entscheidet, die Ausübung dieser Thätigkeit nicht die Begriffsmerkmale des gewerblichen Unternehmens im handelsrechtlichen Sinn erfüllt, was allerdings nur von der Ausübung des ärztlichen Berufes als solchen gilt. Allein nach § 30 mit § 49 der Gewerbeordnung gehört das Unternehmen von Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irren-Anstalten zu den konzessionspflichtigen Gewerbebetrieben. Deshalb kann, wenn mit der Ausübung des ärztlichen Berufes der Betrieb einer Heilanstalt verbunden ist, darin rechtsunbedenklich auch ein zur Eintragung in das Handelsregister geeigneter Gewerbebetrieb gefunden werden. Für die Abgrenzung ist entscheidend, ob der Betrieb der Anstalt selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle ist oder ob solcher sich lediglich als Mittel dem Zweck unterordnet, die, wenn auch mit Gewinnbezug verbundene, Ausübung der ärztlichen Berufsthätigkeit zu ermöglichen bezw. zu fördern. Im ersteren Falle liegt ein Gewerbebetrieb vor, im letzteren nicht. Jedenfalls ist das Moment der Gewerbsmässigkeit nicht schon dann gegeben, wenn der Arzt eine Privatkrankenanstalt lediglich für Lehrzwecke oder zur eigenen Fortbildung oder für wissenschaftliche Untersuchungen hält; auch werden in denjenigen Fällen, in welchen der Arzt mit dem Betrieb der Anstalt nur bezweckt, die fachgemässe Ausübung seiner ärztlichen Thätigkeit zu sichern, ohne dass die Absicht besteht, aus dem Anstaltsbetrieb als solchen Gewinn zu ziehen, die Begriffsmerkmale nicht erfüllt, weil auch hier das die Gewerbsmässigkeit ausschliessende Moment, dass der Arzt, obschon er auch wie jeder, der einer gewinnbringenden Beschäftigung nachgeht, Geld verdienen will, dies doch nur mittels seiner Berufsthätigkeit als Arzt und nicht als Anstaltsunternehmer thun will. Wenn dagegen der Betrieb einer Krankenheilanstalt Selbstzweck ist, also der Arzt die Absicht hat, gerade aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt Gewinn zu ziehen, die ärztliche Thätigkeit sich mithin nur als ein, wenn auch wesentliches Glied in der Kette derjenigen Einrichtungen darstellt, welche in ihrer Zusammenfassung als Anstaltsbetrieb Gewinn abwerfen sollen, so muss das Vorhandensein eines gewerblichen Unternehmens anerkannt werden, welches den Voraussetzungen zur Eintragung der Anstaltsfirma in das Handelsregister entspricht. Diese Rechtsüberzeugung vertritt auch das Kammergericht in einem Urtheile vom 14. Januar 1901, auch deckt sie sich mit dieser des Oberverwaltungsgerichtes in dem Erkenntniss vom 5. Januar 1893. Hiervon ausgehend, wird überwiegend dann die Eintragspflicht bestehen, wenn seinem Umfange nach das Unternehmen so gross ist, dass der leitende Arzt allein hierzu nicht ausreicht, vielmehr sich anderer ärztlicher Kräfte als Assistenten bedienen muss, oder wenn, wie bei einer Irrenanstalt, die ärztliche Behandlung mehr in den Hintergrund tritt und die Verpflegung das Hauptmoment bildet. Auf ein als registerpflichtig anzusehendes gewerbliches Unternehmen finden aber auch die Grundsätze des § 18 des Handelsgesetzbuches Anwendung, wonach ein Kaufmann, der sein Geschäft ohne Gesellschafter oder nur mit einem stillen Gesellschafter betreibt, seinen Familiennamen mit mindestens einem ausgeschriebenen Vornamen als Firma zu führen hat. Es ist deshalb nach der Rechtsüberzeugung des Oberlandesgerichtes zu Stuttgart in dem Urtheile vom 31. Dezember 1900 dem Einzelgewerbetreibenden versagt, eine von ihm bisher benutzte Gesellschaftsfirma anzumelden und gilt dies auch für die Leiter von Privat-Kranken-, Entbindungs-, Irren-Anstalten. In Folge dessen kann der Erwerber einer unter einem anderen Namen bisher geführten Heilanstalt den Geschäftsnamen blos unter der Voraussetzung fortführen und zur handelsgerichtlichen Eintragung anmelden, wenn der zu diesem Geschäftsnamen berechtigte Vorbesitzer ihm solches gestattet, ist auf Grund § 15a der Gewerbeordnung aber gehalten, demselben seinen eigenen Familiennamen mit ein Vornamen beizusetzen.

Referate.

Allgemeines.

Versuchte Zerstückelung eines Neugeborenen.

Ein kasuistischer Beitrag.

Von Dr. O. Moebius, Med. Ass. b. Polizeipräsidium in Berlin.

(Ztsch. f. Med.-B. 1901 No. 8)

Bei der Leiche eines neugeborenen Kindes zeigte sich eine Unsumme von Verletzungen, welche theils nur die äusseren Bedeckungen theils auch innere Organe beschädigt hatten. Bei einem Teil der Wunden fiel ganz besonders auf, dass sie regelmässige, wenn auch vielfach sich kreuzenden Bogenlinien bildeten. Das Kind hatte alle Zeichen der Reife und des Lebens nach der Geburt. Ein Theil der Verletzungen war blutunterlaufen, ein andrer nicht.

Es war klar, dass das Kind gelebt hatte, durch die Verletzungen gestorben war und nach dem Tode noch mehrere Verletzungen erlitten hatte. Die seltsame Form der Wunden wurde erst aufgeklärt, als die Mutter angab, mindestens fünfzig Mal mit einem S-förmigen Futterstosseisen auf den Körper des Kindes gestossen zu haben, um ihn zu zerstückeln.

Florences Krystalle und deren forensische Bedeutung.

Vorläufige Mittheilung von Dr. N. Bokarius-Charkow.

(Vierteljschr. f. ger. Med. 1901, H. 2.)

Verf. bestätigt die Erfahrung anderer Forscher, dass ausser menschlicher Samenflüssigkeit auch thierischer Samen und eine Reihe ganz anderer Substanzen aus dem Thier- und Pflanzenreich mit Jodlösung nach Florence Krystallbildung geben. Jedoch gelingt die Reaktion bei anderen menschlichen Absonderungen nicht (höchstens in unvollkommenem Masse bei Koth), ebensowenig auch bei Blutspuren und nur ganz ausnahmsweise in Flecken, die durch Zerquetschen von Insekten entstehen.

Ferner reagirt menschlicher Same feiner als irgend welche anderen Objekte, die Zahl der Krystalle ist grösser, sie entstehen noch bei stärkerer Verdünnung und es kommen — was wohl das wichtigste ist — Formen vor, die bei anderen Objekten fehlen: einfache oder zusammengesetzte lanzenspitzenähnliche, solche, die an Teichmann'sche Krystalle erinnern u. s. w.

Die Reaktionsfähigkeit des Samens wird durch lange Aufbewahrung gar nicht, durch höhere Wärmegrade nur wenig, durch Fäulniss nur bei Einwirkung derjenigen Bakterien, die die Flüssigkeit smaragdgrün oder orangegelb färben, gestört. Grosse Beimengungen von Harn, Blut, Eiter, Schleim verhindern den positiven Ausfall der Probe.

Es ist nicht durchaus nöthig, dass man mit genau derselben Jodmischung prüft, wie Florence es angegeben hat. Verschiedenste andere Jodlösungen geben auch positiven Ausfall, nur muss Jod im Ueberschuss vorhanden sein, und die Probe darf nicht mit einer zu grossen Flüssigkeitsmenge angestellt sein.

Ein Beitrag zum Hebammenwesen.

Von Kreisphys. San. R. Klingelhöfer-Kirchhain.

(Ztschr. f. Med.-B. 1901, No. 6.)

Eine nach Ausweis ihrer Zeugnisse gut vorgebildete, rüstige, anscheinend diensteifrige Hebamme erkannte nicht die Ursache fortschreitenden Verfalls bei einem Brustkinde, welches, anfangs gesund, immer schlafsüchtiger und magerer wurde. Der zugezogene Verfasser stellte sofort fest, dass das Kind mekonium-

tigen Stuhl entleerte, und dass die Brüste der Mutter bei ausichendem Milchreichthum statt der Warzen tiefe Einsenkungen ıfwiesen. Das Kind war also einfach nahezu verhungert. urch geeignete Ernährung wurde es gerettet.

K. vermuthet, dass manche Todesfälle ganz junger inder so durch ungenügende Aufmerksamkeit der Hebammen erursacht werden.

Ziemlich unvermittelt schliesst er hieran die Forderung, nehr als bisher darauf zu achten dass die Lehrtöchter aus 'amilien stammen, die eine pflichttreue und ordentliche Er:iehung gewährleisten.

Chirurgie.

Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittelst der Oesophagoskopie.

Von Prof. Dr. von Hacker.

(Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 29, Heft 1. Dez. 1900.)

Die Oesophagoskopie hat bisher nicht die ihr gebührende Berücksichtigung gefunden, besonders nicht auf ihrem segensreichsten Gebiete, bei der Behandlung der Fremdkörper in der Speiseröhre; hier werden die schönsten Erfolge erzielt. Wenn auch mitunter Fremdkörper der gefährlichsten Art ohne Schaden anzurichten den Speisekanal passiren, führen sie in anderen Fällen zu phlegmonösen Entzündungen und tötlichen Blutungen. Man soll dieselben deshalb sobald als möglich entfernen. Das von Laien geübte Verfahren, Hineinstecken eines Fingers in den Hals, zur Erregung von Erbrechen oder das Hinabschlingen von Kraut und festen Bissen mit der Absicht, den Fremdkörper in den Magen weiter zu befördern, kann bei verletzenden Gegenständen sehr gefährlich werden und ist zu vermeiden. Befindet sich derselbe bereits im Magen oder Darm, so hat bekanntlich eine energische, „Kartoffelkur" häufig zur Ausstossung des Fremdkörpers geführt.

Auf der anderen Seite hat man vielfach versucht, sich den in der Speiseröhre befindlichen Fremdkörper durch den Oesophagusschnitt zugänglicher und für die Entfernung geeigneter zu machen. Diese Operation hat entschieden ihre Berechtigung, wenn der Fremdkörper sich im Halstheile der Speiseröhre befindet, und man sozusagen direkt auf ihn einschneiden kann. Anders liegen dagegen die Verhältnisse, wenn er im Brusttheil der Speiseröhre festsitzt und man gezwungen ist, ähnlich wie vom Munde aus ihn aus den dem Auge nicht zugänglichen Theilen mit Zangen u. s. w. durch den nicht eröffneten Theil des Kanals bis zur Wunde hindurchzuzerren. Hier setzt es häufig gefahrbringende Verletzungen ab.

Viel leichter und gefahrloser gelingt in diesen Fällen die Entfernung mit Hülfe der Oesophagoskopie, welche in jedem Falle, in dem es sich um einen fraglichen Fremdkörper in der Speiseröhre handelt, angezeigt ist. Der eigentlichen Oesophagoskopie hat eine Untersuchung mit der Sonde, am besten Fischbeinstab mit Elfenbeinolive, vorherzugehen, um wenn möglich den ungefähren Sitz des Fremdkörpers zu bestimmen; er könnte sonst leicht durch einen zu langen eingeführten Tubus tiefer hinabgestossen werden. In manchen Fällen kann man statt der Sondenuntersuchung oder zu ihrer Unterstützung die Röntgen-Photographie zu Hülfe nehmen. (Viel wird man unserer Erfahrung nach von derselben nicht erwarten dürfen, da sich kleine Fremdkörper, Knochensplitter, Theile von Gebissen, Hornknöpfchen u. s. w., weil ihr mässig intensiver Schatten mit dem der Wirbelsäule zusammenfällt, oft nur sehr schwer auf dem Bilde erkennen lassen. Ref.) Ist man auf diese Weise zu einem positiven Ergebnisse nicht gekommen, so muss man, mit dem längsten Tubus beginnend, die Speiseröhre vom Magenmund an absuchen. Zuweilen sieht man an der Stelle, wo der Fremdkörper gesessen hat, eine kleine Verletzung, eine geringe Röthung; diese weisen auf das Vorhandensein und den wahrscheinlichen Sitz des Fremdkörpers hin.

Hat man denselben entdeckt, so ist es in den meisten Fällen nicht schwer, ihn mit der Zange zu fassen und zu entfernen; grössere Körper werden gleichzeitig mit dem Tubus herausgezogen, nachdem man sie möglichst weit in das Lumen desselben vorgezogen hat. Eine Verletzung tritt hierbei nur sehr selten ein, selbst wenn der Körper einen grösseren Umfang als der Tubus und scharfe Kanten und Zacken besitzt. Derartige grössere Fremdkörper (künstliche Gebisse und dergleichen) sind in den allermeisten Fällen an der vorderen Speiseröhrenwand gelegen, während kleinere (Fischgräten, Knochenstückchen) sich häufiger in die starre, wenig nachgiebige hintere Wand einspiessen.

Auf die beschriebene Art gelang es v. H. in einer ganzen Reihe von Fällen, die Fremdkörper aus der Speiseröhre zu entfernen; unter ihnen befanden sich mehrere grössere und kleinere Knochenstücke, verschiedene künstliche Gebisse u. s. w. War die Entfernung beabsichtigt, so ist sie ihm stets gelungen. Zuweilen sah er glatte Fremdkörper, welche die Speiseröhre fest verstopften (Fleischbissen), nach Einführung des Tubus und der damit verbundenen Erweiterung plötzlich in den Magen fallen, besonders wenn dieselben schon fast bis zum Zwerchfellschlitz hinuntergeglitten waren.

Ungleich schwieriger ist die Entfernung von Fremdkörpern aus Strikturen der Speiseröhre, mögen dieselben durch Narbenzug nach Verätzung hervorgerufen oder durch Krebs bedingt sein. Ganz besonders gilt dieses von kleineren Fremdkörpern, die in die tieferen Theile einer längeren Striktur gelangt sind, doch gelang es Verf. auch in diesen oft äusserst schwierigen Fällen mehrfach, zu einem guten Resultate zu kommen, worüber die angefügten Krankengeschichten nähere Auskunft geben.

Niehues.

Gastrotomie behufs Entfernung eines verschluckten und im Magen stecken gebliebenen Reagensgläschens.

Von Dr Rosanow.

(Wratsch 1901, No. 14.)

Die verschluckte Glastube verursachte in der ersten Zeit gar keine Störungen, so dass der Patient, ein 41 jähriger Brauer, seiner üblichen Beschäftigung nachgehen konnte. Nach einem halben Jahre stellten sich Erbrechen und Schmerzen im linken Hypochondrium ein, die sich zeitweise verschlimmerten und nach der linken Schulter ausstrahlten. Zu gleicher Zeit stellten sich Husten, Heiserkeit, Halsschmerzen ein, und der Patient begann abzumagern. Laparotomie in Chloroformnarkose. Hierauf Gastrotomie an der Stelle, an der der Fremdkörper sich am meisten vorstülpte. Die Entfernung des Fremdkörpers gelang leicht. Ueblicher Abschluss der Operation. Der Fremdkörper erwies sich in der That als ein Reagensgläschen von 22 cm Länge, 3 cm im Durchmesser; es war zur Hälfte mit Speisebrei gefüllt. Glatter Verlauf bis auf dreimaliges Erbrechen am folgenden Tage nach der Operation und Darmblähung. Am neunten Tage Entfernung der Nähte, am siebzehnten Tage durfte der Patient sitzen, am neunzehnten aufstehen.

Lb.

Ueber Spontangangrän bei jugendlichen Individuen.

Von Dr. Wulff.

Aus dem Krankenhaus der jüdischen Gemeinde zu Berlin.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 58, H. 5 u. 6, Febr. 1901.)

In der Literatur sind in der letzten Zeit mehrfache Beobachtungen von spontan auftretender Gangrän an den Gliedmassen jugendlicher Personen niedergelegt. Es handelte sich

stets um ganz gesunde Leute; meistens ging ein mehr oder weniger langes rheumatismusähnliches Stadium dem Ausbruch der eigentlichen Krankheit voraus.

Ueber die Entstehung dieser eigenthümlichen Erkrankung, welche ja im Alter nichts Seltenes ist, sind die Meinungen noch nicht geklärt. Auf der einen Seite steht die Ansicht, dass es sich um eine Endarteriitis obliterans handele, welche in Folge von Wucherung der Intimazellen zu Gefässverengerung und Verstopfung führe. Andere behaupten, dass der verschliessende Pfropf lediglich ein durch Gefässsklerose der Intima entstandener Thrombus sei, der sich organisirt habe. Eine dritte Anschauung sucht die Ursache in der stets vorhandenen Hypertrophie der Muscularis, eine vierte endlich im nervösen Apparat.

Verf. untersuchte das Gefäss- und Nervensystem in zwei zur Beobachtung gelangten Fällen und fand unter Anderem eine auffallende Enge sämmtlicher Arterien, sowie stark entwickelte Muskulatur ihrer Wandungen; Endarteriitis war nur in mässigem Grade vorhanden, dagegen bestand weit ausgedehnte Thrombose der Gefässe. Die Nervenfäden waren intakt.

Auf Grund dieser Befunde kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Das Primäre bei dem Leiden ist eine abnorme starke Kontraktur der theilweise hypertrophirenden Muscularis, welche zur Verengerung der Gefässlichtung und nach längerem Bestehen durch Schädigung des Wandendothels zu Gefässveränderungen führt. Erst später, wenn die darauf folgende Thrombose eingetreten ist, entsteht eine Degeneration der Muskulatur und Erweiterung des Lumens. Die Gefässkontraktur ist auf Nerveneinfluss zurückzuführen; hierfür sprechen die Schmerzen, welche bei Angiospasmen nie zu fehlen pflegen.

Bezüglich der Aetiologie glaubt Verf., dass es sich um allgemeine Dyskrasie handelt; seine Patienten waren kolossalem Nikotinmissbrauch ergeben. Niehues.

Ueber Tendinitis und Tendovaginitis prolifera calcarea.

Von Karl Beck-New-York.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 58, Heft 3 u. 4, Januar 1901.)

Verf. beobachtete einen Kranken, bei welchem sich im Laufe von 11 Jahren eine schmerzlose Anschwellung auf dem Handrücken bildete. Als dieselbe zu schmerzen begann, wurde der Verf. zu Rath gezogen. Die Geschwulst hatte die Grösse eines mittelgrossen Apfels und fühlte sich theils hart, theils teigig an. Auf ihrer Höhe bestand ein Geschwür mit Fistelgängen, aus denen sich dünnflüssiger Eiter entleerte. Die Geschwulst machte auf den ersten Blick den Eindruck eines Osteosarkoms, doch ergab die mehrfache Röntgen-Aufnahme ein anders zu deutendes Resultat. Bei starker Belichtung erhielt man ein Bild, auf welchem ein Entzündungsherd im ersten Glied des dritten Fingers sowie ein scharfrandiger Verlust des Knochens zu sehen war. Bei schwächerer Durchleuchtung konnte man die verschiedenartige Zusammensetzung der Geschwulst deutlich erkennen. Bei der Entfernung derselben fand sich, dass die Strecksehnen des zweiten bis fünften Fingers in eine Masse verbacken waren, welche wie Mörtel aussah und unter dem Messer knirschte. Diese bestand aus phosphor- und kohlensaurem Kalk, von dem 80 g entfernt wurden; Tuberkelbazillen wurden nicht gefunden. Die Heilung der Operationswunde ging langsam von statten.

Aehnliche Versteinerungen sind bekanntlich in anderen Geweben, Schilddrüse, Brustfellschwarte, Gefässwänden u. s. w. nicht selten, doch dürfte eine Ablagerung von Kalksalzen in den Sehnen und ihren Scheiden noch wenig beobachtet sein. Niehues.

Die Behandlung der frischen Luxationen der Perone[us]sehnen.

Von Privatdozent Dr. H. Reerink, I. Assistent der chirurg. Kl[inik] Freiburg i. B.

(Centralbl. f. Chirurgie, 1901, No. 2.)

Die Luxation der Peroneussehnen, welche unter Zerreiss[ung] des die Sehnen hinter dem äusseren Knöchel festhaltend[en] Bandes zu Stande kommt durch den energischen Ver[...] einer pronirenden und fussrückenwärts beugenden Beweg[ung] des supinirten und fusssohlenwärts gebeugt fixirten Fuss[es], heilte bei dem vom Verfasser beobachteten Falle unter He[ft]pflasterbehandlung.

Die Pflasterstreifen, 6—8 cm lang, $1^1/_2$ cm breit, wurde[n], nachdem die Sehnen nach erfolgter Abschwellung des Fu[sses] in ihre normale Lage zurückgebracht waren, drei an Zahl [so] angelegt, dass einer an Stelle des zerrissenen Bandes zu lieg[en] kam, ein zweiter direkt über dem äusseren Knöchel, ein drit[ter] noch 2 cm höher. Nach vier Tagen wurde ein Gipsverb[and] angelegt, der mit einmaligem Wechsel fünf Wochen getrag[en] wurde. Darauf einige Wochen Massage. Ein Vierteljahr n[ach] Eintritt der Verletzung begann der Patient wieder Dienst [als] Bezirksadjutant) zu thun.

Der Fall beweist, dass auch ohne blutigen Eingriff Wiede[r]vereinigung des zerrissenen Haltebandes der Sehnen e[in]treten kann. Seelhorst.

Innere Medizin.

Zur Bakteriologie des akuten Gelenkrheumatismus.

Von Dr. Fritz Meyer, Vol.-Ass. d. I. med. Klinik Berlin.

(D. M. W. 1901 No. 6.)

Nachdem vor Jahren Goldscheider, Leyden, Wass[er]mann und Litten Kettenkokken beschrieben haben, die sic[h] nach Gelenkrheumatismus in serösen Ergüssen, im Blut und in Klappenauflagerungen des Herzens gefunden hatten, unternahm Verfasser es, systematisch Blut und Gelenkflüssigkeit bei akutem Gelenkrheumatismus zu untersuchen. Der Erfolg war negativ.

Dann wandte er sich dem Schleim auf den bei dieser Krankheit so häufig mitentzündeten Mandeln zu und züchtete aus diesem in sechs Fällen Bakterien, welche bei Thieren ein dem menschlichen Gelenkrheumatismus ähnliches Krankheitsbild erzeugen.

Es handelt sich um Doppelkokken, welche auf den Mandeln kürzere, in Kultur längere Ketten bilden, am besten auf Nährböden von ziemlich hoher Alkalescenz und starkem Peptongehalt (Blutagar) in tröpfchenartigen Kolonieen gedeihen, Bouillon trüben und Milch zur Gerinnung bringen. Die Kulturen sind sehr kurzlebig, nicht lange übertragbar.

Impft man mit den Kulturen Thiere, so entsteht an der Einstichstelle ein abgestorbener, nicht eitriger Herd. Hohes Fieber tritt ein. Nach sechs bis zehn Tagen schwellen hintereinander mehrere Gelenke an und füllen sich mit wässriger oder durch Eiter getrübter Flüssigkeit. Ferner können sich Entzündungen der serösen Häute, insbesondere auch — was durch gewöhnliche Strepto- oder andere Kokken nie ohne weiteres zu erzielen ist — typische warzige Auflagerungen an den Herzklappen, aber keine Abscesse bilden. Die Entzündungsprodukte fanden sich — wie bei der Kurzlebigkeit der gefundenen Kokken leicht zu erklären ist — fast immer steril.

Mit Kulturen aus Kontrolabstrichen von den Tonsillen anderer Kranken, die ja auch oft Streptokokken ergaben, liessen diese Krankheitserscheinungen sich nie auslösen.

Es liegt nach alledem mindestens nahe, einen ursächlichen Zusammenhang dieser Spaltpilze mit dem akuten Gelenkrheumatismus zu vermuthen.

Zur Aetiologie des akuten Gelenkrheumatismus.

n Stabsarzt Dr. Menzer, Ass. d. III. med. Univ.-Klinik zu Berlin.
(D. Med. W. 1901 No. 7.)

Verf. hat gleich Meyer in mehreren Rheumatisfällen, aber cht aus Tonsillenabstrichen, sondern einmal aus Gelenkissigkeit, dreimal aus ausgeschnittenen Stückchen der Mandeln iplokokken gezüchtet. Dieselben bewirken bei Thieren auch ieder Gelenkergüsse und Entzündungen der serösen Häute ıschliesslich der Herzklappen, an der Einstichstelle aber nur inen vermehrten Blutreichthum.

Menzer ist jedoch nicht geneigt, aus diesen Befunden, ie übrigens an andere älterer Forscher anknüpfen, zu weit;ehende Folgerungen zu ziehen. Man hat auch mit anderen Kokken gelegentlich Gelenkschwellungen und, auch ohne Veretzung, Klappenauflagerungen erzielt. Bakteriologisch ist der ıus den Mandeln der Rheumatiker gezüchtete Diplococcus ongus von anderen Diplokokken, die sich aus der gleichen Stelle von Gesunden oder anderweitig Kranken züchten lassen, nicht zu unterscheiden. Andrerseits sind unter den von M. gefundenen Diplokokken und bei ihnen gegenüber den Meyerschen auch wieder kleine kulturelle Unterschiede vorhanden.

Um die hieran anknüpfenden Fragen zu lösen, werden noch grosse Versuchsreihen nöthig sein.

Ueber eine familiäre Streptokokkenerkrankung nach Influenza.

Von Dr. Armin Huber-Zürich.
(Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte, 1891, No. 8.)

In eine Familie, in der am 1. Februar 1900 sieben Kinder geimpft worden sind, vier mit, drei ohne Erfolg, bricht die Influenza ein. Am 8. Februar erkrankt einer der Geimpften mit Schüttelfrost, hohem Fieber und Kopfschmerzen bei negativem Organbefund. Erst drei Tage später schwillt der geimpfte Arm entzündlich mit Vergrösserung der Lymphdrüsen an, binnen 8 Tagen ist aber hier alles ausgestanden. Drei andre geimpfte Geschwister erkranken am 10., 12. und 14. Februar mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Trotzdem bei ihnen die Pusteln schon eingetrocknet sind, bildet nach dem Abklingen des Fiebers sich ohne Röthung der Impfstellen selbst bei jedem von den Dreien nachträglich eine Achseldrüsen-Vereiterung, die operativ behandelt werden muss. Der Eiter enthält, bakteriologisch untersucht, Streptokokken in Reinkultur. [Sorgfältig, aber erfolglos, wurde auf Pestbazillen gefahndet.]

Inzwischen machen Mutter und Grossmutter der Kinder Influenza-Erkrankungen ohne Komplikation durch. Am 17. endlich erkrankt der Vater genau wie die Kinder. Bei ihm bildet sich vom dritten Krankheitstage ab eine Leistendrüsenenteiterung, die geöffnet werden muss.

Verfasser schliesst es — zunächst absehend von der Erkrankung des Vaters — aus, dass die Entzündungserscheinungen bei den Kindern auf Impfschädigungen beruhen. Erstens waren die Impfblattern schon theils hochentwickelt, theils im Rückgang begriffen, als die Verschlechterung des Allgemeinbefindens eintrat, zweitens war das Fieber auch schon wieder im Schwinden oder verschwunden, als die Drüsen anschwollen, drittens blieben die Geimpften zum Theil völlig gesund, viertens fehlten bei drei Kranken alle Reizungserscheinungen an den Impfstellen selbst. Der letztere Einwand begegnet auch der Annahme einer nachträglichen Kratzinfektion.

Es muss sich also um eine Streptokokken-Infektion vom Blute aus handeln, und zwar nimmt Verfasser Nach-Infektion mit Streptokokken bei vorausgegangener Influenzaansteckung an. Die bisher nicht beobachtete, streng begrenzte Drüseneiterung allerdings führt er auf eine Widerstandslosigkeit in Folge der vorausgegangenen Impfung zurück. Dunkel bleibt die Frage, warum auch der Vater eine Drüseneiterung, und zwar in der Leiste, bekommen hat. Vielleicht sind hierfür die Anstrengungen eines Tanzabends kurz vor der Erkrankung verantwortlich zu machen.

Zur Kasuistik der Streptokokken-Erkrankungen nach Influenza.

Von Dr. E. R. in K.
(Corr. Bl. f. Schw. Aerzte. 1901. No. 10.)

Angeregt durch Hubers Aufsatz theilt der ungenannte Verf. folgenden Fall mit: Eine 64jährige Bäuerin macht typische Influenza durch. In der Rekonvalescenz muss sie zwei Mal einen weiten Weg zu Fuss zurücklegen. Darauf kommt eine Drüsengeschwulst in der Leiste zum Vorschein, die mit schwerer Gewebszerstörung jauchig vereitert.

Verf. nimmt hier einen ähnlichen Vorgang an, wie in H.'s Falle bei dem Vater der erkrankten Familie.

Experimente über die Infektiosität des Bacillus der Schweineseuche.

Von Mathias Prettner, Thierarzt am Centralschlachthaus zu Prag.
(Ztschr. f. Fleisch- u. Milchhygiene, 1900, Heft 10.)

Vor einiger Zeit erregte eine Mittheilung des Thierarztes Taufer Aufsehen, welcher angab, zwei Schlächtergesellen hätten sich bei der Verarbeitung des Fleisches eines an Schweineseuche kranken Schweines ein „pustulöses Exanthem" durch Infektion mit dem Bacillus suisepticus zugezogen. Bei der mikroskopischen Untersuchung dieses Ausschlages hätte man allerdings diesen Krankheitserreger nicht gefunden, dagegen grosse Mengen von Kokken. Diese Mittheilung veranlasste Verf., die Giftigkeit des Bac. suisepticus und namentlich seine Uebertragbarkeit auf den Menschen zu untersuchen, eine Frage, die, obgleich schon mehrfach bearbeitet, noch nicht endgültig entschieden ist.

Verf. kommt durch seine Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das empfänglichste Thier für den Schweineseuchenbacillus ist, ausser den Meerschweinchen, das Schwein.
2. Am giftigsten ist das Exsudat der Bauchhöhle der geimpften Thiere; mit diesem gelingt es sogar, grosse Hunde zu infiziren.
3. Durch den Verdauungsweg oder durch die Haut den Versuchsthieren beigebracht, hat selbst dieses sehr giftige Material keine Wirkung.
4. Auch der Mensch kann durch Verletzungen an seiner Körperoberfläche mit dem Bac. suisepticus nicht infizirt werden.

Schlockow.

Befund von Schweinerothlaufbazillen im Stuhl eines ikterischen Kindes.

Von Dr. R. Lubowski, Ass. am Kg. Inst. f. Exper. Ther.
(D. M. W. 1901, No. 8.)

Die wenigen früher veröffentlichten Fälle von Schweinerothlauf, der auf den Menschen übertragen wurde, beziehen sich auf Uebertragung durch äussere Verletzungen im Laboratorium. Ganz anderer Art ist der von L. mitgetheilte Fall.

Ein fünfjähriges Kind erkrankt ohne erkennbare Ursache mit Gelbsucht und Erbrechen, ohne Fieber. Der anschliessende Darmkatarrh verläuft harmlos.

Eine unter allen Vorsichtsmassregeln entnommene Stuhlprobe liess als Hauptbestandtheil an Spaltpilzen kleine feine Stäbchen erkennen, die in der Kultur alle Merkmale der Schweine-Rothlauf-Bakterien zeigten. Um die Zugehörigkeit zu diesen ganz sicher festzustellen, wurden Mäuse mit den Kul-

turen, die sich für sie als sehr giftig erwiesen, geimpft, nachdem vorher die Hälfte der Thiere eine Einspritzung des spezifischen Heilserums für Schweinerothlauf („Susserin") erhalten hatten: Die immunisirten Thiere blieben gesund, die anderen starben.

Nach Ablauf der Erkrankung enthielt der Stuhlgang des Kindes keine ähnlichen Pilze mehr.

Der Fall giebt insofern zu denken, als er beweist, dass Schweinerothlaufbazillen sich im Darm des Menschen bedeutend vermehren können, als ferner diese Erkrankung der Schweine recht häufig und die Abtötbarkeit dieser Bazillen bei dem üblichen Zubereitungsverfahren des Fleisches unvollkommen ist. Der Befund L.'s spricht doch stark dafür, dass die Rothlaufbazillen auch für den Menschen Krankheitserreger werden können, und so ist es wohl möglich, dass die Veröffentlichung eine über den einzelnen Fall weit hinausgehende Bedeutung gewinnt.

Ueber einen Fall von natürlichen Pocken bei einem drei Tage alten Neugeborenen.

Von Dr. Wojzechowkki.

(Vortrag in der Gesellschaft der Kinderärzte zu Kiew. Wratsch 1901, No. 10.)

Das betreffende Kind erkrankte am 3. Tage nach der Geburt unter hohem Fieber und Somnolenz. Am nächsten Tage stellte sich ein Exanthem in Form von rothen Flecken ein, die sich bald in Eiterpustelchen verwandelten. Auf Grund eingehender Untersuchung konnte W. mit Sicherheit annehmen, dass ein Fall von echten Pocken vorliege. Die Mutter des Kindes war in der Kindheit geimpft worden. Der Fall ist also dadurch interessant, dass das Kind einer gesunden Mutter, das anscheinend gleichfalls gesund zur Welt kam, an natürlichen Pocken erkrankte, während allgemein angenommen wird, dass Kinder unter einem Jahre äusserst selten an natürlichen Pocken erkranken, und dass selbst die Schutzimpfung in den ersten Lebensmonaten resultatlos sei, indem an den Impfstellen keine Pusteln aufgehen. Allerdings ist diese Immunität des Säuglingsalters keine absolute: es kann sogar, wie es der Fall Curschmann's zeigt, die noch im Mutterleibe befindliche Frucht an Pocken erkranken. Da das Inkubationsstadium bei Pocken bekanntlich 10—14 Tage beträgt, so dürfte also im vorstehenden Falle das Kind bereits im Inkubationsstadium der Pockeninfektion zur Welt gekommen sein. Solche Fälle sind auch von anderen Autoren beschrieben worden. Comby erklärt diese Erscheinung in der Weise, dass die Mikroorganismen durch die Placenta eindringen, ohne dass die Mutter selbst erkrankt, oder aber, dass die Mutter an einer leichten Form erkrankt, die sich der Beobachtung entzieht. Was seinen Fall betrifft, so nimmt W. an, dass die Infektion unbedingt im Mutterleibe stattgefunden haben müsse, weil das Inkubationsstadium sonst nur 3 Tage betragen hätte. Die Frage, ob zur Zeit einer Pockenepidemie die Schwangeren geimpft werden sollen, und ob durch diese Impfung die Frucht vor einer Pockenerkrankung bewahrt werden kann, beantwortet Verf. auf Grund seiner eigenen Beobachtungen sowohl, wie auch auf Grund Studiums der Literatur im negativen Sinne. Lb.

Neurologie und Psychiatrie.

Kinder neuropathischer Eltern.

Von Prof. Ad. Czerny-Breslau.

(D. Aerzte-Ztg. 1901. No. 10.)

Kinder neuropathischer Eltern brauchen nicht nervenkrank zu werden. Eltern und Aerzte können auf diesem Gebiete viel nützen und viel schaden.

Schädlich ist zunächst absichtliche Beschränkung auf Kind. Das Eine sieht und hört nur Erwachsene, lern… nicht unterordnen, versteht nicht, sich mit anderen Kin… zu beschäftigen oder dünkt sich ihnen überlegen.

Wo mehrere Kinder vorhanden sind, ist am meisten … fährdet der „Liebling der Eltern". Es ist verfehlt, die Ki… zu ängstlich vor Ansteckung zu behüten — gewähr… kann ihr Gesundbleiben doch nicht werden — und sie vor … regung" durchaus bewahren zu wollen.

Es ist ein Unrecht, Kinder-Zusammenkünfte nach de… Muster der Gesellschaften Erwachsener zu gestalten.

Neuropathische Eltern irren, wenn sie glauben, dass … ihre Kinder mit besonderer, bemerkbarer Sorgfalt auf Ges… heit und Normalität beobachten müssen. Die Kinder s… nicht auf Selbstbeobachtung hingewiesen werden. In extre… Grade hat Verf. besonders die Angst vor der Onanie zu … wachungsmassregeln führen sehen, wie sie ein Sträfling … zu ertragen hat.

Drei Gebiete sind es besonders, auf denen gewohnhe… mässig übertrieben wird: Die „Abhärtungsmassregeln", … „kräftige Kost" und die arzneiliche Behandlung des „schlech… Aussehens". Das Abhärten wird oft in lächerlicher We… überschätzt und betrieben, unter kräftiger Kost versteht … moderne Publikum meist etwas ganz Verkehrtes. Was … schlechte Aussehen betrifft, so werden Kinder neuropathisch… Eltern oft periodenweise davon befallen, wie sie auch seelis… periodischen Schwankungen unterworfen sind. Das ist k… Bleichsucht, die man mit Eisen zu behandeln hat!

Falsch und schädlich ist endlich die Meinung, dass … Kinder durch den Schul-Unterricht geschädigt werden. Na… dem Prinzip, dass grade die belasteten Kinder am besten … unter gesunden gleichaltrigen und am schlechtesten in der Umgebung ihrer Eltern aufgehoben sind, dürfen sie nur in dringenden Fällen vom Schulbesuch zurückgehalten werde…

Ueber die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation.

Von Vorster.

(Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX 1901. Heft 3—5.)

Die sehr lesenswerthe und mit zahlreichen ausführlichen Krankheitsgeschichten belegte Arbeit führt zu dem Ergebniss, dass die heute vielfach verbreitete Lehre von dem Polymorphismus bei der Vererbung von Geisteskrankheiten nicht zutrifft. V. berichtet über Familien mit direkter Erblichkeit, deren Ascendenz und Descendenz in der Anstalt Stephansfeld beobachtet worden sind. In neun Fällen von manisch-depressivem Irresein bestand siebenmal gleichartige Heredität; diese fand sich in allen acht Fällen seiner Beobachtung von Dementia präcox. In der Mehrzahl der Fälle verlief die Erkrankung in der Descendenz schwerer. Die Gleichheit der Krankheitsform schloss natürlich nicht die Differenz der klinischen Erscheinungsweise aus. In sechs Fällen mit dementia senilis der Ascendenz erkrankte die Descendenz fünfmal an dementia präcox, darunter einige Male mit einem der dementia senilis ähnlichen Typus. Niemals fanden sich in der Descendenz von den an dementia präcox Erkrankten Fälle von manisch-depressiven Irresein und umgekehrt, so dass die Kenntniss der Erkrankung der Ascendenz gradezu von diagnostischer Bedeutung ist. Das ist das praktisch wichtige Resultat der Arbeit.

E. Schultze-Andernach.

Autointoxikationen als Ursache von Geistes- und Nervenkrankheiten.

Von Dr. Karpinski.

Vortrag in der wissenschaftlichen Versammlung der Aerzte der Klinik für Geisteskrankheiten zu Petersburg.

(Wratsch 1901, No. 10).

Unter Autointoxikationen versteht man eine schädliche Einwirkung auf die lebende Zelle oder auf ein Organ bezw. auf ein ganzes Organsystem von giftigen Substanzen, die im Körper selbst unter normalen bezw. pathologischen Verhältnissen entstehen. Diese giftigen Substanzen können im Darmkanal entstehen (enterogene Autointoxikationen); es können aber auch ihrer Zusammensetzung nach vollständig normale und für den Organismus unentbehrliche Sekretionen und Exkretionen eine Vergiftung herbeiführen. Dafür spricht die Giftigkeit der Verdauungssäfte, des Harnes, des Schweisses, der Ausathmungsluft etc.; schliesslich können Gifte in der Zelle selbst entstehen: die letztere wird durch die Produkte der regressiven Metamorphose vergiftet (histiogene Autointoxikation). Der Körper schützt sich vor den in demselben sich ununterbrochen bildenden Giften: 1. durch Ausscheidung derselben durch den Darm, durch die Nieren, Lungen und durch die Haut; 2. durch Zerstörung derselben auf dem Wege der Oxydation, Verdünnung bezw. Assimilation; 3. durch Unschädlichmachung derselben auf dem Wege der sogenannten „inneren Sekretion“ (Schilddrüse). Ein Gleichgewicht der Gesundheit kann nur bei kombinirter Funktion der Schutzorgane, sowie nur dann bestehen, wenn die Produktion der Gifte in gewissen Grenzen vor sich geht. Die meisten Gifte, die im Körper entstehen, sind Nervengifte, und schon dieser Umstand lässt a priori der Autointoxikation in der Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten eine wichtige Rolle beilegen. Ausserdem rechtfertigen folgende Momente zu demselben Schluss: 1. Die Aehnlichkeit zwischen den Nerven- und Geisteskrankheiten und denjenigen Störungen, die bei exogenen Vergiftungen d. h. bei Vergiftungen im pharmakologischen Sinne des Wortes (Bleilähmungen, Geistesstörungen bei Vergiftungen mit Mutterkorn) entstehen. 2. Die Entstehung von Nerven- und Geisteskrankheiten im Zusammenhang mit zweifellosen Autointoxikationen (Ischias diabetica, Nervenstörungen bei Urämie, bei dem sogen. Arthritismus etc.). 3. Die Geistesstörungen, die bei Erkrankung bezw. bei mangelhafter Entwickelung der Schilddrüse entstehen. 4. Der Erfolg der therapeutischen Massnahmen, die den Stoffwechsel steigern und den Darmkanal desinfiziren, bei manchen Nerven- und Geisteskrankheiten.

Lb.

Gynäkologie.

Drillings-Abortus in zwei Stadien.

Von Dr. S. Markovits-Melenszo.

(Ungarische medizinische Presse 1901, No. 6).

Eine 30jährige I-para, bei der die Menses durch zwei Monate hindurch ausgeblieben waren, bekam in Folge eines Sturzes eine heftige Blutung, die Verfasser, aus den Symptomen schliessend, als einen Abortus incipiens diagnostizirte. Er verordnete Bettruhe. Am anderen Tage wurde unter Schmerzen und Zunahme der Blutung eine kleinhühnereigrosse Frucht ausgestossen, die einer zweimonatigen Schwangerschaft vollkommen entsprach. — Drei Monate danach kam die Patientin mit der Klage wieder, dass seit der letzten Fehlgeburt ihr Leib an Umfang zunehme; seitdem keine Menses, in den letzten Tagen Stechen im Bauche. Es wurde auf Grund der inneren Untersuchung und der anderen Zeichen Schwangerschaft ungefähr im vierten bis fünften Monate konstatirt, und es musste angenommen werden, dass bei dem vor drei Monaten abgelaufenen Abortus die Gebärmutter sich nicht vollkommen entleert hatte, sondern die zweite Frucht darin geblieben ist und seitdem sich weiter entwickelte. Diese Annahme bestätigte sich in der That. Anlässlich des Hebens einer schweren Last Blutung und danach Ausstossung zweier lebender Früchte männlichen Geschlechts, von denen die eine 24 cm, die andere 21 cm lang war. Nach einer Viertelstunde starben sie. Sie hatten eine gemeinsame Placenta, mit marginalem Ansatz der Nabelschnüre, ein gemeinsames Chorion und zwei getrennte Amnion. Sie stammten also aus einem Ei. Zugleich mit diesem Ei wurde auch das andere Ei befruchtet, aus dem die dritte Frucht sich entwickelte. Alle entwickelten sich zu gleicher Zeit, bis der eine Embryo im zweiten Monat ausgestossen wurde. Das Seltene ist, dass anlässlich des ersten Abortus die Zwillingsfrüchte im Uterus unversehrt geblieben waren und sich bis über die Mitte der Gravidität weiter entwickelten.

Lb.

Ein Fall von Auto-Sectio caesarea.

Von weil. Dr. Robert Löffler, Stadtarzt in Fenica, Bosnien.

(Wiener med. Wochenschr. 1901, No. 10.)

In den Grenzländern der westlichen Kultur scheinen sich, dem nachstehend zu berichtenden Falle nach zu urtheilen, noch Vorkommnisse von gerichtsärztlichem Interesse zu begeben, die man hier zu Lande kaum ahnt.

Löffler wird zu einer Schwindsüchtigen im letzten Stadium gerufen. Sie erzählt ihm, dass sie, etwa am Ende der Schwangerschaft angelangt, gefürchtet hat, vor der Entbindung zu sterben, und daher zur Selbsthülfe gegriffen hat. Mit einem Taschenmesser habe sie den Bauch aufgeschnitten und eben noch gesehen, wie das Kind herausgefallen sei. Dann sei sie bewusstlos geworden. Nach dem Wiedererwachen habe sie die 13jährige Tochter gerufen und gebeten, sie wieder zuzunähen. Das Mädchen habe dies auch mit einem Hanfzwirn, den es vorher mit Wachs oberflächlich bestrich, ausgeführt.

Objektiv findet sich eine unregelmässige Schnittnarbe längs in der Mittellinie des Bauches, 16 cm lang. Die Haut ist fortlaufend genäht und glatt verklebt. Nirgends entzündliche Erscheinungen! Die Gebärmutter zeigt der kürzlich vorausgegangenen Entbindung entsprechende Verhältnisse. Das Kind ist gesund, auch bei der Mutter hat der Eingriff keinerlei schädliche Folgen gehabt.

Zwei Fragen drängen sich noch auf: Erstens — ist das alles, was die Frau sagt, lautere Wahrheit? Darauf antwortet Verf., es muss wahr sein, denn der Gatte war nachgewiesenermassen zur betr. Zeit nicht zu Hause, und es ist bei einer Türkin auch undenkbar, dass ein Mann einen derartigen Eingriff ausführte; dem 13jährigen Kinde kann man die Operation doch auch nicht zumuthen, also bleibt bloss die Frau dafür übrig.

Zweitens aber — was ist aus der Gebärmutterwunde geworden? Die Tochter hat nur die Bauchdecken vernäht; da muss sich wohl die Gebärmutter zusammengezogen haben und von selbst verklebt sein.

Ueber die gerichtsärztliche Bedeutung der Lochien.

Von Dr. Brouha, Assistent der geburtshilflichen Klinik in Lüttich.

(Deutsche Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1901. H. 1.)

Im Allgemeinen schreibt man der mikroskopischen Untersuchung der Lochien gerichtsärztlich keinen besonderen Werth

zu, weil sie kein in irgend welcher Weise kennzeichnendes Gewebselement enthalten.

B. hat diese Anschauung nachgeprüft und meint, dass doch gelegentlich Schlüsse aus der Beschaffenheit des Wochenflusses möglich sind. Freilich, die Absonderung, die man einfach der Scheide entnimmt, ist uncharakteristisch. Hier finden sich von typischen Deckepithelzellen mit grossem rundlichem Zellleib und ziemlich kleinem Kern bis zu den unregelmässig vieleckigen grosskernigen Decidua-Zellen, die allein für eine stattgehabte Geburt massgeblich sind, alle Uebergänge.

Entnimmt man jedoch mittels eines Glasröhrchens dem Muttermundhalse durch Absaugen einen Theil der dort vorhandenen Flüssigkeit, so trifft man meist unverkennbare Decidua-Zellen, gewöhnlich inselförmig zusammengelagert.

Dieser Befund würde eine vorangegangene Geburt beweisen.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irren-Aerzte zu Berlin.

Sitzung vom 23. April 1901.

Herr Prof. **Sommer** (Giessen): Ergebnisse der dreidimensionalen Analyse von Bewegungsstörungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten.

Vortr. hat seit vielen Jahren mit Hilfe von feinsinnig selbst konstruirten Apparaten von den feinsten Ausdrucksbewegungen bei Nerven- und Geisteskrankheiten Kurven hergestellt und demonstrirt eine grosse Reihe von solchen Kurven. Er hat nicht nur die Bewegungen der Hände und Beine studirt, sondern auch der Stirnmuskulatur (Erstaunen, Ekel, Zorn etc.) exakt registrirt und den Einfluss des Gehirns auf den Ablauf von Reflexen durch Untersuchung des Kniephänomens geprüft. Dabei fand er, dass da, wo eine Ablösung des Gehirns von den Reflexapparaten im Rückenmark bestand, die Kurven sich auffallend regelmässig wie eine Uhr darstellten. Dies liesse sich für die Differentialdiagnose von organischen und funktionellen Erkrankungen des Centralnervensystems verwerthen. Ferner käme die Methode für die Differentialdiagnose von bestimmten Zitterkrankheiten in Betracht. Wichtig wäre sie für die Aufdeckung von Simulation. S. hat bei zwei klinischen Fällen von Epilepsie mit periodischen Anfällen, woran der Richter nicht glaubte, die psychomotorischen Reizerscheinungen graphisch dargestellt. Das anschaulich gemachte Auftreten von Zuckungen bei psychischen Störungen stimmte mit den Erscheinungen aus den Zeiten überein, für welche der § 51 in Betracht kam. Es erwies sich ferner durch die mittelst der Kurven zum Vorschein kommenden klonischen Zuckungen bei Fällen von Alkoholintoleranz, dass hinter scheinbaren Dipsomanen Epilepsie steckte. Interessant wäre das Studium der Unfallkranken mit dieser Methode. Es hätte sich dabei eine Anzahl von Kurvenformen ergeben, die sich nicht simuliren liessen. Wenn solche erschienen, so sei das ein Beweis für einen positiven Kern der Krankheit, der sich in der Weise nicht nachmachen liesse. Zur Analyse der kataleptischen Erscheinungen wäre die Kurvenmethode vornehmlich geeignet, um die motorischen Vorgänge bei der Katalepsie oder bei katatonischen Zuständen exakt zu fixiren. Redner schliesst mit der Bemerkung, dass alle diese Versuche nichts als Andeutungen im Sinne einer objektiven Differentialdiagnostik der Nerven- und Geisteskrankheiten sind.

Herr Fürstner warnt davor, die Ergebnisse der ph[...] kalischen Untersuchungsmethode in der Weise zu verwer[...] dass an Stelle der bisherigen „Wortwissenschaft" jetzt [...] Kurvenwissenschaft zu treten hätte. Er protestirt da[...] dass bei kriminellen Fällen einfach die Behauptung aufge[...] werde, zur Feststellung, ob Epilepsie vorliege oder nicht, [...] dürfe es der Apparate des Herrn Sommer, wie dies vor K[...] in einem Prozess der Fall war, auch durch die Presse [...] Verbreitung fand. Ferner warnt er davor, diese Ergebn[...] bei Unfallkranken als sichere Merkmale hinstellen zu [...] Daraus könnten höchst fatale Konsequenzen erwachsen. [...] viele Aerzte wären in der Lage, sich derartige Appara[...] zuschaffen und die Ergebnisse bei Gesunden, Nervösen [...] Geisteskranken mühsam nachzuprüfen. Auch bei der A[...] dung der Kurven bei Herzerkrankung würden keine Ergebn[...] aus dem Aermel geschüttelt.

Herr Bratz: S. habe die Diagnose des epileptischen [...] merzustandes aus Reizerscheinungen gestellt, welche er an [...] Kurven sichtbar machte. Nicht Jeder sei so glücklich [...] kriminellen Fälle noch im Dämmerzustand zu sehen. Er fr[...] ob die motorischen Reizerscheinungen, welche durch die Ap[...] rate deutlich geworden sind, auch mit dem blossen Auge [...] erkennen waren.

Herr Wernicke fragt bezüglich des Kniephänomens [...] nicht einer, der Uebung hätte, ohne komplizirte Appara[...] ähnlichen Schlüssen gelangen könne wie Herr S. mit seinen Kurv[...]

Herr Loewenfeld hat sich ebenfalls mit derartigen Kur[...] ven beschäftigt, wenn auch nur nach zwei Dimensionen [...] bemerkt bezüglich ihrer Verwerthung bei Unfallkranken [...] ein simulirter Tremor von einem hysterischen durch [...] welche Mittel niemals unterscheidbar ist und dass über[...] die hysterischen Erscheinungen bei Unfallkranken sämmtl[...] durch eine geübte Simulation nachzumachen sind. Dann [...] er näher auf die positiven Ergebnisse der Kurvenaufzeichnun[...] von Paralysis agitans ein.

Herr Schüle: Herr Fürstner habe vom ärztlich fore[...] schen Standpunkt sich skeptisch der Methode des Herrn Som[...] mer gegenüber ausgedrückt. Bei aller Anerkennung [...] Prinzips müsse er das auf die Katatonie ausdehnen. Er fürc[...] auf diesem Wege kommen wir zu einer Psychiatrie ohne Seele. Zu allen klinischen Untersuchungsmethoden gehöre der psych[...] sche Status.

Herr Cramer fragt im Hinblick auf die Kurven bei la[...] virter Epilepsie, ob man forensisch aus der Beobachtung [...] motorischen Dingen allein einen Schluss ziehen könne.

Herr Sommer betont in seiner ausführlichen Schlussrede, dass er nicht einseitig auf dem physikalischen Standpunkt stehe, sondern auf den psychischen den grössten Werth lege. Er sei an der Hineinziehung seines Namens in jenen Prozess gänzlich unschuldig und habe nichts mit Herzuntersuchungen zu thun. Nur im Zusammenhang mit einer exakten klinisch psychologischen Untersuchung wäre seine Kurvenmethode zu verwerthen. Von Unfallkranken habe er nur behauptet, dass bestimmte Kurvenformen einfach nicht nachgeahmt werden könnten. Die Apparate hoffe er so einfach herzustellen, dass sie auch der praktische Arzt benutzen könne. Er suche durch Analysirung einfacher Bewegungen die klinischen Methoden nach der motorischen Seite zu ergänzen.

Herr Dr. **Max Edel** (Charlottenburg): Ueber Unfallpsychosen.

(Mit Krankenvorstellung.) [Autoreferat.]

Vortr. hat im Asyl für Gemüthskranke zu Charlottenburg eine Reihe von Psychosen beobachtet, die mit Unfällen in enger

·ziehung standen und den verschiedensten Formen von Seelen-›rungen angehörten. Er geht auf einen Fall von Stupor bei nem katatonischen Krankheitsbild ein, welches sich bei einer ›reditär belasteten Person an einen Sturz auf den Rücken ıschloss, sich nicht von gleichartigen Psychosen unterschied ıd keine Symptome einer traumatischen Neurose aufwies. ι einem klinisch der Paralyse ähnlich verlaufenden Fall nach turz auf den Kopf fand sich bei der Sektion Arteriosklerose er Gehirngefässe mit zahlreichen Erweichungsheerden. Bei inem anderen Patienten konnte man die Entwickelung von ypischer progressiver Paralyse Schritt für Schritt nach einem turz aus einem Wagen auf den Rücken verfolgen, ohne dass ndere ätiologische Momente ausser geringer hereditärer Beastung in Betracht kamen. Der Shock durch den Unfall, vobei sich die Erschütterung durch den Rücken auf den Kopf ortpflanzen konnte, und die Gemüthserregungen durch die ıich an den Unfall anschliessende Schwerhörigkeit, das Bewusstsein der verminderten Erwerbsfähigkeit und den hartnäckigen Kampf um Erwerbung einer Unfallrente dürften wohl der Psychose Vorschub geleistet haben. Mehrere andere Fälle von progressiver Paralyse, in denen sich der Zusammenhang der Geisteskrankheit mit Unfällen ebenfalls gut verfolgen liess, zeigten, dass gelegentlich nach schweren Erschütterungen nicht blos des Kopfes, sondern auch des Rückens, und selbst nach psychischem Schreck die Entwickelung der Dementia paralytica auf hereditär belastetem Boden begünstigt wird, indem das Trauma theils als weiteres prädisponirendes, theils als auslösendes Moment der Psychose wirke. Ein hereditär schwer belasteter, aber bisher gesunder Eisenbahnschaffner erkrankte im Anschluss an einen mit Erschütterung des Rückens und Kopfes einhergehenden Unfall an einer Neuropsychose, die mit Rücken- und Kopfschmerz, Schwindel, Krampfanfällen, Dämmerzuständen, moroser Stimmung, Lebensüberdruss, abnormer Reizbarkeit, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen und gehobenem Selbstgefühl verbunden war. Es handelt sich um Paranoia mit hystero-epileptischem Charakter. Der Unfall mit seinen seelischen Folgen (Erregung über Dienstunfähigkeit, Verminderung des Einkommens wegen fortfallender Kilometergelder, häufige Protokolle und Untersuchungen etc.) ist hier wohl bei der Disposition des Patienten als auslösendes Moment der nervösen und psychischen Erkrankung anzusehen.

Ebenfalls auf dem Boden einer Unfallneurose, die bei einem 22jährigen hereditär nicht belasteten und seither gesunden Kutscher nach einem Sturz von einem Wagen auf den Kopf aufgetreten war, hat sich ein vorübergehendes hallucinatorisches Delirium mit Stupor und späterer Gedächtnissschwäche gezeigt. Auch hier kamen Dämmerzustände vor. Gemüthserregungen hatten die Psychose ausgelöst (Schreck über Verunglückung seiner Schwester und Einberufung zum Militär, die ihn beim Gefühl seiner Leistungsfähigkeit beunruhigte).

Die vorgerückte Zeit verbot, auf weitere Fälle einzugehen, die für die Folgen von Kopfverletzungen bei chronischem Alkoholismus sprachen. (Schwachsinn mit Eifersuchtswahn, pathologischen Rausch- und impulsiven Aufregungszuständen; periodische halluzinatorische Delirien; Alkohol-Paralyse). E. fügt hinzu, dass unter den in Irrenanstalten vorkommenden Psychosen die posttraumatischen relativ selten sind. Bei einer jährlichen Aufnahmezahl von durchschnittlich 325 Kranken wurden circa $2^1/_2$ Prozent hierher gehörige Fälle in den letzten Jahren im Asyl für Gemüthskranke beobachtet.

Unter den chronischen Psychosen nach Unfällen wären

1. nur wenige Fälle, die sich auf vorher nicht belastetem und durchaus gesundem Boden an einen Unfall unmittelbar anschliessen, sondern meist trat die Psychose bei belasteten Individuen auf, die durch Heredität oder durch erworbene Schädlichkeiten, wie Alkoholismus, Lues etc. oder durch beides gleichzeitig disponirt waren.

Es fänden sich

2. Fälle, wo ein bereits nervöses oder psychisch erkranktes Individuum durch den Unfall eine unmittelbare Steigerung der Erkrankung und eine Beschleunigung des Verlaufs erlitt. E. könnte hier auch einen Fall seiner Beobachtung erwähnen, wo ein früher psychisch krank gewesenes Individuum in unmittelbarem Anschluss an einen Unfall wieder in gleicher Weise erkrankt ist.

In einigen Fällen spielten Vorstellungen, die an den Unfall anknüpfen, keine offensichtliche Rolle. Die Psychosen unterscheiden sich von der gleichartigen Psychose bei Personen, die keinen Unfall erlitten haben, durch nichts als durch die Aetiologie. In einer Reihe von Fällen waren vor dem Manifestwerden der Psychose im Anfang nur die Erscheinungen einer funktionellen Neurose durch den Unfall erzeugt worden und es entwickelte sich dann erst später eine ausgesprochene Psychose. In derartigen Fällen konnte wiederholt festgestellt werden, dass unter den Wahnvorstellungen der Unfall und seine Folgen eine wesentliche Rolle spielten.

Auf der anderen Seite habe die durch das Trauma erzeugte Neurose auch insofern eine Bedeutung für die Entstehung der Psychose gehabt, als durch die Neurose Gemüthserregungen in Folge von zufälligen Ereignissen in ihrer schädigenden Wirkung vertieft worden wären.

Aus Wiener Gesellschaften.

(Nach der Wiener med. Wochenschrift No. 11—20.)

Ueber idiopathische Peritonitis trug in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien am 3. Mai 1901 Hofrath **Nothnagel** vor.

Er bezeichnet als primäre idiopathische Peritonitis eine Bauchfellentzündung, neben der sich im gesammten Organismus kein krankhafter Vorgang an anderen Organen nachweisen lässt. Eine solche kann chemisch experimentell erzeugt werden — das ist aber für den Praktiker unwichtig —, sie kann von mechanischen Einwirkungen von aussen oder innen herrühren. Kann sie aber auch bakteriell entstehen („Erkältungsperitonitis"), wie eine Rippenfell- oder Herzbeutelentzündung es doch nicht selten thut? Verf. ist nicht in der Lage, die Frage zu bejahen. So oft man bei akuten Infektionskrankheiten idiopathische Bauchfellentzündung vermuthet hat — immer wies der pathologische Anatom Erkrankungen von Nachbarorganen nach, so bei Typhus und Influenza. Auch die bakterielle Bauchfellentzündung nach Unfällen dürfte stets auf Organverletzungen beruhen. Aber auch für die chronischen Entzündungsformen gilt das negative Ergebniss. Tuberkulose ist häufig von benachbarten Lymphdrüsen, von Rippenfell oder Geschlechtsapparat fortgeleitet.

Einen Fall von Mumps-Hodenentzündung ohne Entzündung der Ohrspeicheldrüse theilte im Wiener med. Club am 24. April 1901 **M. Lauterbach** mit.

Der Patient ist mit Schüttelfrost und hohem Fieber erkrankt. Der linke Hode ist stark angeschwollen, die Milz vergrössert. Tripper besteht nicht. Die Speicheldrüsen sind unbetheiligt. Unter hochbleibender Temperatur schwillt der linke Hode ab, der rechte an. Das ganze Krankheitsbild ist nach einer Woche beendigt. Der Verlauf beweist nach Ansicht des Verf., trotzdem anscheinend eine Ansteckung nicht nachge-

wiesen ist, dass die Hodenerkrankung als Mumps zu deuten ist. Besonders kennzeichnend findet er, dass der zu zweit erkrankte rechte Hode nicht so stark anschwoll wie der linke.

In der Gesellschaft der Aerzte berichtete ferner **Süss** am 15. März 1901 über einen Fall von endogener Infektion mit Starrkrampf. Ohne äussere oder innere Verletzung erkrankte ein Mann an Starrkrampf und starb. Die Leichenöffnung ergab nur einen akuten Darmkatarrh, in dessen schleimiger Absonderung sich Buttersäure- und Starrkrampfbazillen fanden.

Sehr bemerkenswerth sind Mittheilungen, die in der gleichen Gesellschaft **H. Goldmann** (Brennberg) am 8. März 1901 über Vergiftungen durch den Giftreizker (Agaricus tomentosus) machte.

Nach 11 beobachteten Fällen, von denen 3 tödtlich endeten, schildert er das Krankheitsbild als ähnlich der Cholera nostras. Es beginnt mit Beklemmung, Ohrensausen, Magendarmkatarrh, denen sich Wadenkrämpfe, Ohnmachten, weite Pupillenstarre, strotzende Füllung und Pulsation der Halsvenen und Faserzuckungen der Zunge beigesellen. Die Herzthätigkeit sinkt, bis schliesslich statt des ersten Tons ein Geräusch hörbar ist, manchmal begleitet von Herzbeutel-Reiben. Der Harn, dessen Absonderung bis Null sinken kann, ist alkalisch, enthält Eiweiss, Cylinder und viel Indican. Dte Athmung kann Cheyne-Stokes'schen Typus annehmen. Bei der etwaigen Leichenöffnung findet man die Zeichen des Magendarmkatarrhs, ferner fettige Entartung der Leber und der Nieren, Austrocknung des Gehirns und strotzende Füllung seiner Blutadern. Das Gift ähnelt dem Agaricin.

Die vielbesprochenen traumatischen Neurosen wählte Prof. **Benedikt** zum Gegenstande eines Vortrags im Wiener medizinischen Doktorenkollegium am 28. Januar 1901.

Viel Neues konnte er hier natürlich nicht bringen. Schwindel, „Adynamie" der Beine, Gesichtsfeldbeschränkung, Muskelzittern und die für die jeweils angegebenen Schmerzen charakteristische Körperhaltung giebt er als objektive Kennzeichen der Krankheit an. Um Vortäuschung einer „Adynamie" auszuschliessen, empfiehlt er, Widerstandsbewegungen ausführen zu lassen und plötzlich den Widerstand aufzugeben; bei Simulation bleibt das angeblich bewegte Glied ruhig, bei echter Schwäche bewegt es sich in der vorher gehemmten Richtung. Ein weites Feld räumt B. den reflektorischen Neurosen auf Grund von Narben ein, die nach Beseitigung letzterer schwinden (?). Er warnt davor, Krankheit auszuschliessen, wenn nichts Positives gefunden wird.

Eine Reihe interessanter Verletzungen wurden im wissenschaftlichen Verein der Militärärzte der Garnison Wien in der Sitzung vom 12. Januar 1901 besprochen.

Habart stellte erst einen Soldaten vor, der durch Sturz vom Pferde einen Schädelgrundbruch erlitten hatte und nun ein verwickeltes seelisches Krankheitsbild durchmachte. Erst hatte es eine Woche lang den Charakter der Manie, dann trat Bewusstlosigkeit ein, die drei Wochen anhielt, und während deren Gehirnflüssigkeit aus dem Ohre quoll, nachher entwickelte sich ein „traumatisches Irresein" im Sinne Krafft-Ebings, und schliesslich — 6 Wochen später — trat völlige Heilung ein.

Ein zweiter von H. Vorgestellter hatte versucht, sich mit einem Rasiermesser den Hals abzuschneiden. Zwischen Zungenbein und Schildknorpel hatte er quer durchgeschnitten, die grossen Gefässe aber nicht getroffen. Der Kehldeckel war fast völlig abgetrennt, die Stimmbänder lagen dem Auge blos, ebenso der Eingang zur Speiseröhre. Es wurde ein Schlundrohr eingelegt, der tiefe Luftröhrenschnitt gemacht und eine Tamponkanüle eingelegt. Dann wurden die durchschnittenen Gebilde genäht. Gegenwärtig ist die Kanüle längst her..., die Luftröhrenwunde geheilt, der Verletzte kann fes... Nahrung auf natürlichem Wege nehmen, die Sprache dumpf, aber verständlich.

Zimmermann führte einen Husaren vor, der im Ok... 1900 durch einen Hufschlag in der Lebergegend ver... worden war. Er wurde am Tage darauf in sehr schle... Allgemeinzustande, aber nicht auffallend blutarm, mit Flü... keitserguss in der rechten Brusthälfte und im Bauche a... nommen. Von einer Operation wurde mangels bestim... Anzeige abgesehen. Das Befinden besserte sich allmä... der Erguss sackte sich in der linken Bauchhälfte ab. ... lich stieg die Temperatur wieder an. Jetzt wurde im B... ungsbereich — rechte Flanke — eingeschnitten und eine ... Blut gefüllte geschlossene Höhle zwischen Darmschlingen ... öffnet, die von der Leber zum Becken reichte. Eine ... letzung der Leber wurde nicht gefunden. Das Blut en... Koli-Bakterien in Reinkultur.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ein auf die volle Ausnutzung seiner Körperkraft angewiesener Arbeiter kann so lange nicht für gänzlich erwerbsfähig erachtet werden, als er durch eine ihm drohende Krankheitsgefahr zu einer besonderen Vorsicht und Schonung beim Gebrauch eines für die Arbeit wichtigen Gliedes genöthigt wird.

Rek.-Entsch. vom 21. Dezember 1900.

Der Kutscher K. zu G. erlitt am 20. Juli 1896 einen Unfall dadurch, dass er vom Wagen fiel und überfahren wurde, wobei das eine Rad über das linke Fussgelenk und den linken Unterschenkel fuhr und eine Quetschung dieser Körpertheile verursachte. Durch die Verletzung wurde die Brauchbarkeit des linken Beines derartig herabgesetzt, dass K. zunächst eine Rente von 100 Prozent, dann eine solche von 70 Prozent erhielt, die indessen allmählich im Laufe der Zeit auf ... $33^1/_3$, 25 und 10 Prozent herabgesetzt wurde. Nachdem K. diese zehnprozentige Rente auf Grund des Gutachtens des leitenden Arztes des Krankenhauses Dr. M. vom 22. Mai 1899 erhalten, gab derselbe Arzt unter dem 24. März 1900 sein Urtheil dahin ab, dass K. so gut wie völlig erwerbsfähig sei und für die Genossenschaft keine Veranlassung vorliege, ihm eine Rente weiter zu zahlen, indem er betonte, dass die durch die Folgen des Unfalls eventl. noch bedingten subjektiven Beschwerden nicht von solchem Umfange sein könnten, dass sie noch eine Erwerbsbeschränkung des K. verursachen könnten. Auf Grund dieses Gutachtens stellte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft durch Bescheid vom 19. April 1900 die Rentenzahlung ein. Gegen diesen Bescheid hat K. fristzeitig Berufung eingelegt und Zuerkennung einer 25 prozentigen Rente beantragt, da seine Arbeitsfähigkeit um mindestens ein Viertel geschädigt sei. Seitens des Schiedsgerichtsvorsitzenden ist von dem Kreisphysikus Dr. H. zu G. ein Gutachten über den Zustand und den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Klägers eingeholt werden. Das Schiedsgericht sprach alsdann dem Kläger eine Rente von 10 Prozent zu und machte u. A. geltend: aus den Festellungen der Aerzte Dr. M. und Dr. H. hat das Schiedsgericht nicht die Ueberzeugung gewonnen, dass die Folgen des Unfalles beseitigt seien, es hat vielmehr in Rücksicht auf die noch bestehende Schwäche der Muskulatur des linken Unterschenkels und die Empfindlichkeit der von der Quetschung herrührenden Hautnarbe, für nothwendig erachtet, dass dem Kläger die zehnprozentige Rente noch zu belassen sei. Diesen Bescheid focht die Genossenschaft durch Rekurs

m Reichs-Versicherungsamt mit dem Antrage an, den Beıeid vom 19. April wiederherzustellen. Sie führt aus, dass › grosse über den linken Unterschenkel des Klägers sich sbreitende Narbe trotz der zarten und dünnen Beschaffenit der Haut belanglos sei, weil derartige durch Ueberpflanzung ıtstandene Hautdecken, auch wenn sie bereits die normale npfindlichkeit angenommen hätten, dennoch ein zartes Aushen zu behalten pflegten. Auf die Abweichungen im Umfange ›r Muskulatur habe der Kläger bisher selbst nicht geachtet, ›ndern versehe seinen Dienst als Kutscher in ungeschmälerter 'eise gegen einen Lohn von 20 Pfennig für die Stunde. Der läger hat die Zurückweisung des Rekurses beantragt. Er ehauptet, die erwähnte Arbeitsstellung nur vorübergehend ekleidet zu haben, ohne Schmerzen nicht arbeiten, nicht ıeitern ersteigen und nur ganz leichte Arbeiten verrichten zu önnen. Das Reichs-Versicherungsamt wies auch den Rekurs urück und machte u. A. Folgendes geltend: Besonders beufen zur Beurtheilung des Verlaufs der Unfallsfolgen ist der Kreiswundarzt Dr. M. in G., der den Kläger in dem von ihm geleiteten Krankenhause behandelt und fortlaufend untersucht ıat. Sein Attest vom 24. März 1900 ist aber, wiewohl er sich darin für die Einstellung der Rente ausspricht, zur Begründung der Annahme nicht geeignet, dass der Kläger durch die Folgen des Unfalls nicht mehr oder wenigstens nicht mehr in einem messbaren Grade in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt werde. Nach dem Inhalt dieses Attestes ist nämlich die über den linken Unterschenkel des Klägers in einer Länge von 13 cm und einer Breite bis zu $5^1/_2$ cm sich hinziehende Narbe nicht nur von zarter, dünner Haut bedeckt, sondern wie ausdrücklich bezeugt wird, auf Druck noch empfindlich, wenn auch nicht mehr so reizbar wie früher, theilweise auch mit der Unterlage verwachsen, so dass bei Bewegungen des Unterschenkels Spannungen und Zerrungen der Haut erkennbar sind. Der Sachverständige macht daher auf die noch bestehende Gefahr der leichten Verletzlichkeit der Narbe aufmerksam und erachtet es für geboten, dass der Kläger, wie er sich ausdrückte, „mit der Narbe vorsichig umgeht", die Narbe schont und bei etwaiger Verletzung oder Entzündung der Narbe schleunigst ärztliche Hilfe sucht. Diese Auffassung wird durch das Attest des Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. H. in G., welches mit keiner Zeitangabe versehen am 13. Juli 1900 beim Schiedsgericht eingegangen ist, nicht widerlegt. Hier wird vielmehr auch die in der unmittelbaren Umgebung der Narbe bestehende Verdickung der Blutadern wegen der daraus sich ergebenden Gefahr der Enstehung von Krampfaderknoten als Anlass zur Vorsicht bezeichnet. Ein auf die volle Ausnutzung seiner Körperkraft angewiesener Arbeiter kann so lange nicht für gänzlich erwerbsfähig erachtet werden, als er durch eine ihm drohende Krankheitsgefahr zu einer besonderen Vorsicht und Schonung beim Gebrauch eines für die Arbeit wichtigen Gliedes genöthigt wird. Ganz abgesehen von der nach beiden Attesten nicht unerheblichen Abnahme des Muskelumfanges des verletzten Unterschenkels kann deshalb einstweilen, so lange die Vorsicht und Schonung beim Gebrauch des verletzten Beins in dem jetzigen Masse erforderlich ist, die Einstellung der Rente des Klägers nicht für gerechtfertigt erachtet werden. M.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen dem erlittenen Unfall und der Augenerkrankung fehlt. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt nicht, um die Berufsgenossenschaft haftbar zu machen; dazu bedarf es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit.
(Rek.-Entsch. vom 3. Dezember 1900.)

Am 30. Januar 1897 zog sich der Schlepper F. Ph. auf Zeche E. eine 5 cm lange Kopfhautdurchtrennung, leichte Quetschung des Mittel- und Ringfingers, sowie eine starke Quetschung des rechten Zeigefingers zu, in Folge deren der letztere im Grund-Mittelgliedgelenk exartikulirt werden musste. Der Verletzte bezog zuletzt für die Folgen dieser Verletzung eine Rente von 10 Prozent. Wegen angeblich eingetretener Verschlimmerung in seinem Zustande hat er mit Schreiben vom 13. April 1899 die Erhöhung seiner Unfallrente beantragt. Vom Sektionsvorstande und vom Schiedsgerichte abgewiesen, legte Ph. Rekurs ein und bat, ihm vom 13. April 1899 ab die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu gewähren und ihm seine Unkosten zu erstatten. Er benennt eine Anzahl von Zeugen dafür, dass seine Verletzung eine sehr schwere gewesen sei, führt an, dass er sich einer Operation, nämlich der Herausnahme des rechten Auges, habe unterziehen müssen, und beruft sich auf Gutachten des Sanitätsrathes Dr. N. und des Dr. Sch. darüber, dass sein Augenleiden eine Folge seiner Verletzung vom 30. Januar 1897 sei.

Der Rekurs wurde zurückgewiesen. Gründe:

Nach dem Gutachten des vom Kläger selbst in Vorschlag gebrachten und für besonders vertrauenswürdig erachteten Sachverständigen Dr. Sch. ist mit Sicherheit festzustellen, dass die Augenerkrankung des Klägers nicht auf den Unfall vom 30. Januar 1897 zurückzuführen ist.

Auch die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhanges ist nicht anzunehmen und wird, wie Dr. Sch. erklärt, besonders dadurch verringert, dass Sanitätsrath Dr. N. bei seiner anatomischen Untersuchung des entfernten rechten Auges als die Ursache der Augenerkrankung des Klägers eine bösartige Neubildung im rechten Auge nachweisen konnte. Der Sachverständige giebt zwar weiter zu, dass es sehr vereinzelt beobachtet sei, dass derartige bösartige Neubildungen sich im Anschluss an eine vorangegangene Verletzung gebildet hätten, und meint, dass sich die Möglichkeit eines Zusammenhanges nicht ganz von der Hand weisen lasse, namentlich, wenn sich erweisen sollte, dass eine Verletzung des rechten Auges von solcher Heftigkeit stattgefunden hätte, dass dem Kläger Blut aus den Augen gekommen sei.

Da sich somit selbst für den Fall, dass eine heftige Verletzung des rechten Auges des Klägers nachgewiesen wäre, nur die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der bösartigen Augenerkrankung und dieser Verletzung feststellen liesse und zwar nur eine entfernte Möglichkeit (denn der Sachverständige sagt, eine Möglichkeit liesse sich dann nicht ganz von der Hand weisen), so kann die Beklagte für diese nur entfernt mögliche Folge der Verletzung nicht haftbar gemacht werden; dazu hätte es mindestens des Nachweises einer Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges bedurft.

Nun ist aber auch eine Verletzung und ein Bluten des Auges von keinem der Zeugen bestätigt worden. Selbst abgesehen von dem nicht aufgeklärten Widerspruch zwischen den Aussagen der Zeugen B. und G. kann auch G. davon, dass der Kläger bei dem Unfall eine Verletzung der Augen oder nur eines Auges erlitten hätte oder davon, dass dem Kläger Blut aus einem Auge geflossen wäre, nichts bekunden, und da der Kläger andere Augenzeugen des Unfalles nicht gehabt hat, fehlt es an der Vorbedingung, welche nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Sch. erforderlich ist, um die entfernte Möglichkeit eines Zusammenhanges annehmen zu können.

(Compass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Zwangsweise Verführung zur Impfung.
Entsch. vom 14. Mai 1901.

Dem Kaufmann R. Sch. aus F. war von der Polizeiverwaltung aufgegeben worden, bis zum 1. Oktober v. J. nach-

zuweisen, dass seine im Juni 1895 geborene Tochter geimpft sei, andernfalls würde sein Kind unter Anwendung von Zwang zur Impfung vorgeführt werden. Sch. erachtete die Polizeibehörde nur für befugt, Strafen anzudrohen oder festzusetzen, die Androhung des Zwangsmittels aus Paragraph 132 des Landesverwaltungsgesetzes sei aber unzulässig. Das Oberverwaltungsgericht entschied aber endgiltig zu Ungunsten des Klägers und führte aus, aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes sei nicht zu entnehmen, dass zur Durchführung der Impfung kein anderes Zwangsmittel als die gerichtliche Verfolgung der Widerstrebenden wegen der dort angedrohten Kriminalstrafen zulässig bleiben sollte. Bei der Berathung über das Impfgesetz vom 8. April 1874 wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass es sich um ein Zwangsgesetz handle. Der Zweck des Gesetzes sei der Schutz gegen Epidemien durch rechtzeitige Impfung. Da der Schutz nicht durch die blosse Bestrafung wegen nicht ausgeführter, sondern nur durch die thatsächliche Ausführung der Impfung aller Kinder erreicht werden könne, so müsse dem Zwecke des Gesetzes die Annahme direkt widerstreiten, dass dieses, obwohl es die Impfung direkt gebot und ihre polizeiliche Kontrolle anordete, dennoch deren Unterlassung nur habe bestrafen, nicht aber polizeilich verhindern wollen. Die Zulässigkeit der zwangsweisen Vorführung von Kindern zur Impfung sei mithin unbedingt anzuerkennen. M.

Gesundheitsgefahr und Ziegeleibetrieb.
(Entsch. vom 13. Mai 1901.)

Der Besitzer S. zu E. bat im Februar 1899 um die polizeiliche Genehmigung zur Anlegung eines Feldziegelofens auf seinem im Gemeindebezirk E. belegenen Grundstück an einer Stelle, die nach der von ihm überreichten Zeichnung von einem öffentlichen Wege, der R.strasse 65 m und von dem nächsten bewohnten Gebäude 60 m entfernt sein soll. Die Genehmigung wurde von der Polizeiverwaltung durch Verfügung vom 17. März 1899 versagt, weil der Ziegelofen in zu geringer Entfernung von bewohnten Gebäuden und von einer frequenten öffentlichen Strasse angelegt werden solle und der Betrieb nicht nur vorübergehend, sondern auf unbestimmte Dauer in Aussicht genommen sei. S. erhob Beschwerde, wies darauf hin, dass Feldziegelbrände einer Genehmigung nicht bedürften und führte aus, dass der beabsichtigte Betrieb unschädlich sein werde. Die Polizeiverwaltung berichtete, da eine die Errichtung von Feldziegelöfen betreffende Polizeiverordnung für den Regierungsbezirk M. nicht erlassen sei, habe sie geglaubt, die in anderen Bezirken geltenden Vorschriften analog anwenden zu dürfen; insbesondere habe sie § 4 der für den Regierungsbezirk C. erlassenen Polizeiverordnung vom 22. Dezember 1888 vor Augen gehabt, wonach bei einer geringeren Entfernung als 100 m von bewohnten Gebäuden und als 50 m. von Eisenbahnen, Provinzialstrassen oder Gemeindewegen zur Anlage von Feldziegelöfen die Genehmigung des Landrathes (in Stadtkreisen der Gemeindevertretung) eingeholt werden muss. Für die Ablehnung des gestellten Antrages seien sicherheits-, feuer- und gesundheitspolizeiliche Rücksichten bestimmend gewesen. Nachdem S. sich mit der Beschränkung der Genehmigung auf zwei Jahre einverstanden erklärt hatte, berichtete die Polizeiverwaltung weiter, dass sie auch hiergegen Bedenken erheben müsse, weil bei dem Betriebe von Feldziegelöfen erstens die Rauchbelästigungen so intensiv seien, dass die benachbarten Bewohner in ihrer Gesundheit gefährdet würden, zweitens durch die niederfallenden Kohlentheile die angrenzenden Felder in der Vegetation beeinträchtigt würden, drittens die mit schwefliger Säure geschwängerten kondensirten Wasserdämpfe die sie umgebende Vegetation um so mehr schädigten, weil ein hoher Schornstein, der sie auf eine grössere Fläche vert[heilen] könnte, nicht vorhanden sei. Der Kgl. Regierungspräs[ident] zu M. wies unter dem 21. Juni 1899 die Beschwerde u[nter] Billigung der Gründe der polizeilichen Verfügung vom [17.] März desselben Jahres ab und hob noch hervor, dass die Ver[sagung] der Anlage aus allgemein polizeilichen Rücksicht[en] nicht auf Grund der Reichsgewerbeordnung erfolge. Nach[dem] auch der Oberpräsident die weitere Beschwerde abgewi[esen] hatte, hob das Oberverwaltungsgericht den Bescheid des O[ber]präsidenten und die polizeiliche Verfügung auf und führte aus, weder der Gewerberath H. zu H. a. S. noch auch Kreisphysikus Dr. B. befürwortet eine Gefährdung der Gesund[heit] der Umwohner; eine Beeinträchtigung der Sicherheit [des] öffentlichen Verkehrs durch nächtlichen Feuerschein kann [in] der Regel durch Schirmmauern verhütet werden. Die am ... November 1900 ergangene Bekanntmachung des Reichska[nzlers] kommt vorliegend nicht weiter in Betracht.

Gebührenwesen.

Die Tagegelder und Reisekosten der Kreisärzte und Kreisassistenzärzte.

Das Gesetz über die Tagegelder und Reisekosten [der] Staatsbeamten vom 21. Juni 1897 fand bisher auf die Kr[eis]medizinalbeamten keine Anwendung. Durch Erlass des Kult[us]ministers vom 10. Mai 1901 ist nunmehr bestimmt word[en], dass die Vorschriften des Gesetzes von 1897 gleichzeitig [mit] dem Inkrafttreten des Kreisarztgesetzes für die Kreisärzte [und] Kreisassistenzärzte giltig werden, welche hierbei den Staats[beamten] der 5. Rangklasse zugerechnet werden.

Die Tagegelder betragen also bei Dienstreisen in med[i]zinal- und sanitätspolizeilichen Angelegenheiten 15 M., wenn aber die Reise an ein und demselben Tage angetreten und beendigt wird, nur 12 M. und, wenn eine zweitägige Dienstreise innerhalb 24 Stunden beendigt wird, 22,50 M. (früher betrugen die Tagegelder regelmässig 12 M.). Reisekosten werden, soweit die Dienstreisen auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen gemacht werden können, mit 9 Pf. für das Kilometer, 3 M. für jeden Zu- und Abgang — letzteres fällt bei Kleinbahnen weg — vergütet (bisher 13 Pf. für das Kilometer). Bei anderen Dienstreisen werden für das Kilometer 60 Pf. bezahlt, wie bisher.

Bei Dienstreisen in gerichtlichen Angelegenheiten betragen die Tagegelder nach wie vor 9 M., bei Dienstreisen, welche auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen gemacht werden können, bleibt Zu- und Abgang mit je 3 M. unverändert, doch werden für das Kilometer statt 13 nur 9 Pf. gerechnet, bei anderen Reisen wird das Kilometer auch weiter mit 50 Pf. bewerthet.

Tagesgeschichte.

Meldepflicht für Syphilis.

Im Regierungsbezirk Arnsberg ersucht der Regierungspräsident, indem er auf ältere Verfügungen hinsichtlich der Ueberwachung der Prostitution hinweist, die Aerzte, *von jedem venerischen Erkrankungsfall ihm vertraulich Mittheilung zu machen.*

Soweit wir die Aeusserungen aus Aerztekreisen übersehen, hat dies Ersuchen eine nicht eben freudige Ueberraschung hervorgerufen. Eine Meldepflicht für venerische Krankheiten („syphilitische Uebel") ist gesetzlich nur in sehr beschränktem Masse durch § 65 des leider noch immer giltigen Regulativs von 1835 vorgesehen. Hier heisst es: „Die Anzeige ist nur erforderlich, wenn nach Ermessen des Arztes von der Ver-

ıweigung der Krankheit nachtheilige Folgen für den Kranken .bst oder das Gemeinwesen zu befürchten sind." Der Mangel ıer gesetzlichen Grundlage für die Arnsberger Verordnung um so bedenklicher, als gerade bei Geschlechts-Krankheiten ·r Arzt sich schwerlich für befugt halten wird, den Krank- ·itsfall, dessen Kenntniss seiner Berufsverschwiegenheit an- ·rtraut ist, irgendwem mitzutheilen.

Welchen Zweck die Verfügung verfolgt, ist schwer zu ver- .ehen. Darüber, dass die Geschlechtskranken, welche ihr eiden stets möglichst geheim zu halten suchen, durch An- eigepflicht der Aerzte den Kurpfuschern zugetrieben werden, esteht in Aerztekreisen wohl nahezu Einstimmigkeit.

Betriebswerkstätte für Unfallverletzte.

Der rührige Verein für Unfallverletzte in Berlin ist nach den trüben Erfahrungen, die er mit dem Anbringen beschränkt arbeitsfähiger Unfallverletzter in Fabrik- und Handwerks- betrieben gehabt hat, nicht bei thatenlosem Bedauern stehen geblieben. In seiner Sitzung vom 13. Mai hat er selbst beschlossen, solchen Theil-Invaliden Arbeitsgelegenheit zu schaffen, und zwar durch Schaffung einer eigenen Betriebswerkstätte, die vermöge dankenswerther Schenkungen schon vor dem 1. Oktober 1901 voraussichtlich eröffnet werden wird.

Wir wünschten, das es sich auch in andern Industriezentren des Reiches bald in ähnlichem Sinne regte! Geredet wird schon viel zu viel über die Schattenseiten der durch die Unfallgesetzgebung geschaffenen Sachlage. Handeln thut not! Vorläufig ist es ja nur ein Probiren, aber wir werden bei gutem Willen und thätlicher Hilfe schon weiter kommen.

Innere Klinik für Unfallverletzte.

Die Errichtung einer Inneren Abtheilung für Unfallverletzte an einer der staatlichen Klinik als Gegenstück zu der unter Leitung von König und Köhler bereits bestehenden chirurgischen wird von den Berliner Aerztlichen Standesvereinen in einer Petition an den Kultusminister verlangt. Die Vortheile eines derartigen Instituts für die Zwecke des ärztlichen Unterrichts sind einleuchtend genug, um den hier ausgesprochenen Wunsch gerechtfertigt erscheinen zu lassen.

Zur Bäckerhygiene.

Die Zubereitung der Nahrungsmittel ist ein Gebiet, auf dem eigentlich das unmittelbare Interesse des allgemeinen Publikums den Forderungen der Hygiene längst volle Erfüllung geschafft haben müsste. Statt dessen bestehen gerade auf diesem Gebiete vielfach noch Zustände, von denen man sich „mit Grausen abwendet".

Kürzlich waren, wie wir einem Aufsatz des Direktors des Berliner Gewerbegerichts, M. von Schulz, in der Medizinischen Reform entnehmen, die Bäckergehilfen mit ihren Arbeitgebern in Streit gerathen, und bei dieser Gelegenheit erhoben die Gesellen die schwersten Anschuldigungen bezüglich grosser Schmutzereien im Bäckereibetrieb. Leider — muss man wohl sagen — machte eine Einigung der Parteien dem Gericht thatsächliche Nachforschungen unmöglich.

Das Eine jedoch ist durch Umfrage sicher festgestellt worden, dass ausserordentlich viele Bäckergesellen theils an Syphilis, theils an Krätze und Bäckerkrätze leiden, und dass Hunderte dabei ruhig ihrem Gewerbe nachgehen.

Bisher bestehen Verordnungen über die in Bäckereien innezuhaltende Sauberkeit in einigen deutschen Städten und wenigen Staaten. Es ist nunmehr eine Verordnung für Preussen in Aussicht genommen, vielleicht sogar eine Regelung der einschlägigen Verhältnisse über das ganze Reich.

Wir können nur mit Herrn von Schulz die Anstellung besonderer Gewerbeärzte als eine im Sinne der öffentlichen Gesundheitspflege nothwendige Forderung, die nicht aus Geldrücksichten vernachlässigt werden darf, wünschen.

Zur Ausübung der Massage durch Nichtärzte.

Die Aerztekammer für Mähren hatte sich kürzlich gutachtlich über die Frage zu äussern, wie weit Massage, Hühneraugenschneiden, Hand- und Nagelpflege Thätigkeiten sind, die von Nichtärzten ausgeübt werden sollen. Das Urtheil lautete: Hand- und Nagelpflege gehören zur Kosmetik und gehen die Aerzte nichts an. Massage und Hühneraugenschneiden dagegen können, von Laien ausgeübt, leicht grossen Schaden anrichten, und es ist daher die Ausübung dieser Thätigkeiten durch Nichtärzte zu widerrathen, die behördliche Konzessionirung solcher erst recht.

Sollte das nicht doch etwas zu weit gehen? Schaden kann natürlich Jeder anrichten, der ohne gründliche ärztliche Bildung sich mit Kranken oder Pflegebedürftigen beschäftigt, jeder Krankenpfleger, jeder Heilgehilfe, jede Hebamme. Aber schliesslich muss doch die Art der Thätigkeit in einem gewissen Verhältniss zur Lebensstellung dessen, der sie ausübt, stehen. Wo es zu entscheiden gilt, was dem Kranken fehlt, und was dabei zu thun ist, wo schwierige Eingriffe Noth thun, wo der Zustand derartig ist, dass der geringste Fehler in der Behandlung gefährlich für den Ausgang werden kann, oder wo der Patient eine besonders zartfühlende Behandlung verlangt, da ist ein Feld für den Arzt. Ihm gebührt auch die Aufsicht darüber, dass das niedere Heilpersonal die diesem zugewiesenen mechanischen Verrichtungen sachgemäss auszuführen lernt und nicht wieder verlernt. Aber blos, weil mal ein Hühneraugenschneider, der seine Sache nicht versteht, eine Blutvergiftung bewirkt, oder weil ein Masseur verständnisslos an einem tuberkulösen Gelenk herumknetet, die Massage und das Hühneraugenschneiden, das doch in der Regel die pure Baderarbeit ist, den Aerzten ausschliesslich vorbehalten zu wollen — das ist zu viel. Bessere Ausbildung der Masseure, strengere Ueberwachung ihres Betriebes, aber keine utopistischen Forderungen deren Erfüllung für die Aerzte, von sehr zweifelhaftem Nutzen sein würde!

Aerztliche Wissenschaft und Pornographie.

Die Wiener Allgemeine Zeitung theilt einen seltsamen Justizakt aus Belgien mit. Im belgischen Journal de Chirurgie, einer vornehmen ärztlichen Zeitschrift, veröffentlicht ein aus Oesterreich zugereister Kollege eine bemerkenswerthe Doppelmissbildung der Geschlechtstheile mit Abbildung des Falles. Darauf leitet die Staatsanwaltschaft die strafrechtliche Verfolgung der Redaktion ein und weist den Autor wegen Einführung pornographischer Bilder aus Belgien aus.

Schade, dass der Name des Staatsanwalts, der sich dieses Denkmal gesetzt hat, nicht bekannt ist. Man kann gespannt darauf sein, welche eklatante Genugthuung der beleidigten Wissenschaft, vertreten durch die in diesem Falle unmittelbar Geschädigten, den Autor und die Redaktion, zu Teil werden wird.

No. 2 des Ministerial-Blattes für Medizinal-Angelegenheiten.

Die sehr reichhaltige Nummer enthält nicht weniger als 17 Erlasse, Verfügungen u. s. w. aus den Monaten Februar bis Mai. Unter „Organisations-Angelegenheiten" finden sich Erlasse

1. Betreffend Regelung der Gehaltsverhältnisse der vollbesoldeten Kreisärzte (4. April 1901).
2. Betreffend Berechnung des Besoldungsdienstalters der Regierungs- und Medizinalräthe (2. April 1901).
3. Betreffend Ueberweisung eines Exemplars der Dienstanweisung für die Kreisärzte an die Kreismedizinalbeamten zum dienstlichen Gebrauch (20. April 1901).
4. Betreffend Gesuche um Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung (3. Mai 1901).
5. Betreffend Tagegelder und Reisekosten der Kreisärzte und Kreisassistenzärzte (10. Mai 1901). Vergl. Gebührenwesen.

Unter „Seuchenbekämpfung“:

1. Betreffend gesundheitliche Schiffskontrolle u. s. w. (23. April 1901).

   Danach sind Schiffe, in denen Pest bei Ratten festgestellt ist, den gleichen Massnahmen zu unterwerfen wie solche, in denen sich pestkranke Menschen aufhalten. Der Schiffskehricht von verseuchten und verdächtigen Schiffen ist, bevor er zum Zwecke der Verbrennung von Bord gebracht wird, mit Kalkmilch oder Sublimat zu befeuchten.
2. Betreffend Leichenschau (4. März 1901) cf. Tagesgeschichte in No. 7 dieser Zeitschr.)
3. Betreffend Bekämpfung der Tuberkulose (22. April 1901).

   Bezieht sich auf Verbreitung der Preisschrift von Dr. Knopf.

Unter „Fürsorge für Kranke und Gebrechliche“.

1. Betreffend Erlass einer Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten (26. März 1901). Wird gesondert besprochen.
2. Betreffend medizinalpolizeiliche und schultechnische Beaufsichtigung der Anstalten für jugendliche Epileptische und Idioten (22. März 1901).

   Die Anstalten sollen nach Bedürfniss auch durch die schultechnischen Organe der Regierung revidirt werden. Vor Anordnung eingreifender Massnahmen auf diesem Gebiete ist jedoch auch der Regierungsmedizinalrath, eventuell die Besuchskommission, zu hören.
3. Betreffend Mittheilung des Runderlasses vom 22. März 1901 wegen Ausdehnung des Krankenversicherungszwanges (3. Mai 1901). Vergl. No. 10 dieser Zeitschr. S. 219.

Unter „Schulhygiene“.

Betreffend Verstärkung der Pausen in den Schulen. (30. März 1901).

Insgesammt soll die Länge der Pausen so gross sein, dass auf jede Lehrstunde durchschnittlich zehn Minuten zu rechnen sind. Nach jeder Stunde muss eine Pause eintreten, lang genug, um ausgiebige Lufterneuerung zu gestatten, nach je zwei Stunden eine grössere Pause.

Unter „Wohnungswesen“.

Betreffend Verbesserung der Wohnungsverhältnisse (19. März 1901). Wird noch näher besprochen werden.

Unter „Nahrungsmittel“.

Betreffend Zusammensetzung der Kommissionen für die Prüfungen der Nahrungsmittelchemiker für das laufende Prüfungsjahr (27. April 1901).

Unter „Apothekenwesen“.

1. Betreffend Einrichtung einer Standesvertretung der Apotheker (2. Februar 1901).
2. Betreffend Einführung einer Standesvertretung der Apotheker (23. April 1901).

3. Betreffend Versteuerung von Verträgen über äusserung vererblicher und veräusserlicher Ap... (23. März 1901).

Entgegnung.

Die in No. 9 dieser Zeitschrift enthaltenen Ausführ... betr. der Unfallheilkunde auf der Naturforscherversam... haben die Herren Riedinger und Thiem zu weiteren ... merkungen zur „Hamburger Frage“ veranlasst. Ich m... unsre Leser nicht nöthigen, sich mit geringfügigen E... heiten zu beschäftigen, in denen mir vorgeworfen wir... früheren Worte der beiden Herren missverstanden oder ... nau wiedergegeben zu haben. Ob ferner, wie Herr Th... sich ausdrückt, meine Ausführungen „auffallend viel ohne ... kräftig gewählter Ausdrücke“ enthalten, werden Dritte b... beurtheilen können, als die unmittelbar Betheiligten – ... glaube das Votum unserer Leser in Ruhe abwarten ... können.

Nur gegen Eines möchte ich entschieden Einspruch ... heben: Dass ich meinen Gegnern in einer sachlichen ... kussion offen oder versteckt „Missgunst“ vorgeworfen hä... Dagegen halte ich die von beiden Herren angefochtene Behau... tung, dass die Bildung einer eigenen Sektion für Unfallh... kunde grade den Medizinalbeamten den Meinungsausta... erschwert, voll aufrecht. Da man nicht an zwei Orten gle... zeitig sein kann, so muss der Medizinalbeamte offenbar ... weder die gerichtliche Medizin im engeren Sinne oder d... Unfallheilkunde vernachlässigen, wenn beide getrennt ... handelt werden. Ich verstehe nicht, wie das bestritten we... den kann.

Herr Riedinger zieht aus meinen Aeusserungen den ... Schluss, dass ich bei der Trennung nicht die Unfallheilkunde, sondern die gerichtliche Medizin für den „leidenden Theil“ halte. Diese Freude habe ich ihm jedoch nicht gemacht. Bereits in No. 8 dieser Zeitschrift deutete ich an, dass die Theilnahme „auch anderweitig versirter Sachverständiger“ bei der Diskussion über Unfallfragen recht wichtig ist. Ich möchte nur daran erinnern, dass, als das Unfallgesetz in Kraft trat, die gerichtsärztlichen Erfahrungen und Forschungen früherer Jahrzehnte bereits einen grossen Theil der heutigen „Unfallheilkunde“ aufgebaut hatten.

Die Unfallbegutachtung zum Monopol der Medizinalbeamten machen zu wollen, daran denken wir natürlich gar nicht. Wir stimmen mit Thiem dahin überein, dass die Gutachterthätigkeit auf sozial-medizinischem Gebiete allen Aerzten zugänglich sein soll. Diesen Standpunkt hat unsre Zeitschrift vom Tage ihres Erscheinens ab vertreten, sonst würde sie auch gewiss nicht vor einem grössten Theils aus nicht beamteten Aerzten bestehenden Leserkreise die Wichtigkeit des Vertrautseins mit dem staatlichen Versicherungswesen beständig in Rath und That betonen.

Aber wir gehen eben noch einen Schritt weiter: Wir halten es für gar nicht „naturgemäss“, sondern für ein zu bekämpfendes Vorurtheil, dass sich für gerichtliche Medizin im engeren Sinne nur Medizinalbeamte interessiren. Auch hier soll der ärztliche Praktiker bewandert sein! Glaubt aber Thiem, dass der Name „gerichtliche Medizin“ die Praktiker abschrecken könnte, sich an den Sitzungen der Abtheilung zu betheiligen — nun, warum ignorirt er so gänzlich den am Schluss meiner vorigen Ausführungen gemachten Vorschlag, den Namen zu ändern? Ich glaube, das Interesse der Gerichtsärzte am Fortschritt der Versicherungsmedizin ist viel zu gross, als dass sie auf einen annehmbaren Einigungsvorschlag nicht gern eingingen.

F. Leppmann.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

„Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche tamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 12. | Ausgegeben am 15. Juni.

Inhalt:

Der Nachweis der Befähigung zum Eisenbahndienst bei verschiedenen Verwaltungen.

Von
Dr. Fr. **Prinzing**-Ulm.

Vortrag bei der 2. Generalversammlung des Vereins württ. Bahnärzte am 20. Mai 1901 in Stuttgart.

Die Forderung, dass zum Bahndienst nur vollkommen gesunde, mit normalem Hör-, Seh- und Farbenunterscheidungsvermögen ausgestattete Personen herangezogen werden sollen, ist eine allgemeine. Die Gründe hiervon sind zweierlei Art: einmal die Unmöglichkeit, mangelhaftes Personal in leichteren Dienststellungen unterzubringen, da diese stets von den im Laufe der Zeit beschränkt verwendbar gewordenen Angestellten mehr als ausreichend besetzt sind, vor Allem aber die grosse Verantwortung, die das Eisenbahnpersonal zu tragen hat. „Es giebt kaum eine Berufsklasse, sagt Brähmer, in deren Händen das Wohl und Wehe so vieler Menschen liegt, wie das Betriebspersonal der Eisenbahnen. Trotz der Fortschritte der Technik lastet auf den Schultern des Personals die grösste Verantwortung. Es wird von diesen Beamten daher solche Spannkraft und Aufmerksamkeit verlangt, dass nur eine vollkommene Gesundheit des Körpers und Geistes eine Gewähr für die Erfüllung derselben bietet.“*)

Es gilt dies von dem gesammten Personal des äusseren Dienstes, von den Bahn- und Weichenwärtern, Stationsbeamten, Zugführern, Schaffnern, Bremsern, am meisten natürlich von den Lokomotivführern. Geringere Anforderungen sind im inneren Eisenbahndienst zu stellen, bei den Bureau- und Kassenbeamten, Telegraphisten u. s. w.

Es haben sich daher alle Personen, die im Eisenbahndienst angestellt zu werden wünschen, einer eingehenden ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen. Die Untersuchung hat sich dabei auf das Seh- und Hörvermögen, die beiden wichtigsten Punkte, zu erstrecken, ausserdem auf Kränklichkeit und Gebrechlichkeit der Bewerber, auf vorausgegangene Krankheiten und auf etwaige erbliche oder erworbene Krankheitsanlagen. Die Vornahme dieser Untersuchungen liegt in den Händen der Bahnärzte, bei den meisten deutschen Verwaltungen ausschliesslich, wie z. B. in Preussen und Bayern. In

*) Brähmer, Die Aufgaben und Grenzen der öffentlichen Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe. Hyg. Rundschau. Bd. 10, 1900. S. 1063, und derselbe, Eisenbahnhygiene. Jena 1896. S. 296.

Bayern ist es sogar Vorschrift, dass zwar die Stellvertreter von Bahnärzten, welche nicht selbst Bahnärzte sind, die betreffenden Gutachten ausstellen dürfen, dass diese aber dem zuständigen Bahnarzte nach Beendigung der Dienstverhinderung zur Mitzeichnung, welche nur auf Grund einer nochmaligen Untersuchung des Bewerbers erfolgen darf, zugeleitet werden müssen. In Württemberg waren mit diesen Untersuchungen vor der Anstellung von Bahnärzten im Jahre 1890 durch den Erlass des Med.-Koll. vom 23. März 1881 die Oberamtsärzte betraut; für die Militäranwärter stellten schon damals wie heute noch die Militärärzte die Zeugnisse aus; doch wird bei zweifelhaften Fällen ein nachträgliches bahnärztliches Gutachten eingeholt. Es dürfte sich empfehlen, dass auch in Württemberg die Untersuchungen nur Bahnärzten zugewiesen werden.

In Bayern besteht die Bestimmung, dass bei Bewerbern, die schon früher untersucht worden waren und nochmals zur Untersuchung kommen, den Bahnärzten auch die früheren Gutachten zugestellt werden. Es ist dies besonders von Werth, wenn Personen, die bei einer früheren Bewerbung um Verwendung im Bahndienst abgelehnt wurden, neuerdings zur Untersuchung kommen. Ohne Kenntniss des früheren Gutachtens lassen sich Widersprüche nicht vermeiden, welche nachträglich zu umständlichen Erörterungen führen müssen.

Noch einige Aeusserlichkeiten. Auf der Rückseite des bayrischen Formulars sind zwei praktische Notizen angebracht: Es ist thunlichst zu vermeiden, in die Sprechstunde des Arztes am gleichen Tage mehrere Bewerber zur Untersuchung abzuordnen; ferner: die Bewerber sind seitens der Dienststellen anzuweisen, sich dem untersuchenden Arzte in reinlichem Körperzustand vorzustellen.

Der Gang der Untersuchung ist bei den deutschen und österreichischen Verwaltungen annähernd der gleiche.

Der Anamnese wird bei den deutschen Formularen meist ein beträchtlicher Platz eingeräumt, bei dem österreichischen fehlt sie ganz; in Baden wird sie nicht vom Bahnarzt, sondern von der Dienststelle erhoben und dem Arzt zur Einsicht vorgelegt. Es sind hierbei die hereditären Verhältnisse zu erheben insbesondere hinsichtlich Tuberkulose und Geisteskrankheit. Tuberkulose eines der beiden Eltern wird nach den heutigen Anschauungen nur dann Bedeutung haben, wenn der Bewerber einen Habitus phthisicus mitbringt oder sonst auf Tuberkulose verdächtige Erscheinungen zeigt; anders ist es, wenn mehrfache tuberkulöse Erkrankungen in der Familie des Bewerbers vorkamen. Dann folgen die Fragen nach vorausgegangenen Krankheiten und Verletzungen. Es ist selbstverständlich, dass jede überstandene Geisteskrankheit und vorangegangene epileptische Anfälle zum Eisenbahndienst untauglich machen. Wichtig sind überstandene Lungenkrankheiten des Bewerbers; sie werden zu einer besonders sorgfältigen Untersuchung der Lungen Veranlassung geben. Von Werth ist endlich die Frage, ob der Bewerber beim Militär gedient hat, da dies einen guten Anhaltspunkt über dessen gesundheitliche Verhältnisse giebt. Militärische Dienstuntauglichkeit schliesst freilich nicht nothwendig auch vom Eisenbahndienst aus, andererseits genügt militärische Dienstfähigkeit nicht immer den Anforderungen des Bahndienstes. Insbesondere sind Militäranwärter, auch wenn sie nicht wegen Dienstuntauglichkeit aus dem Militärverband austreten, nicht immer zum Bahndienst befähigt.

Die Untersuchung des Bewerbers selbst, die Feststellung des Status praesens, erstreckt sich auf die körperliche Tüchtigkeit und auf das Hör- und Sehvermögen. Körpergrösse und Brustumfang sind genau zu messen. Sie stehen zu einander in Beziehung: bei der Einstellung zum Militär soll der Brustumfang bei tiefster Ausathmung mindestens die ½ Körperlänge ausmachen; der Unterschied zwischen Aus- Einathmung soll nicht unter 5 cm betragen. Neben der F- stellung des Gesammteindrucks, den der Bewerber mach eine genaue äussere Besichtigung und eine vollständige U- suchung der inneren Organe nothwendig.

Die erstere, die äussere Besichtigung, hat Verk mungen der Wirbelsäule, der Gliedmassen, Formveränder des Brustkorbs u. dgl. festzustellen. Daneben sind nee sonders drei Punkte von Wichtigkeit, der Kropf, der Lei bruch und die Krampfadern. Bei grösserer Kropfb wird die Einstellung jedenfalls zu unterbleiben haben. Leis brüche machen für den äusseren Dienst untauglich: n dem preussischen Schema sind sie ein Hinderniss für Dienst als Bremser, Schaffner, Zugführer, Lokomotivfü Weichenwärter und Bahnwärter (also nicht für Stat meister, Bahnmeister, Bureaubeamte u. s. w.). Bedeu- Krampfadern und Unterschenkelgeschwüre machen für äusseren Dienst unter allen Umständen, meist auch für inneren Dienst untauglich; in Preussen gelten selbst ger Krampfadern bei Lokomotivführern und Heizern als Hinder der Anstellung.

Ueber die Untersuchung der inneren Organe nicht viel zu sagen. Dass der Nachweis irgend eines chr schen Leidens (Tuberkulose, Nervenleiden, Herzleiden u. s. untauglich macht, ist selbstverständlich. Bei Verdacht Tuberkulose ist den hereditären Verhältnissen und vorausge gangenen Krankheiten genau nachzuforschen. Nach de preussischen Formular macht auch starkes nervöses Her klopfen zum äusseren Dienst untauglich. Endlich ist m der Stimme und Sprache des Bewerbers Aufmerksamkeit z schenken; helle Stimme und verständliche Sprache sind für den Fahr- und Stationsdienst unerlässlich.

Die Untersuchung des Hör- und Sehvermögens ist besonders sorgfältig vorzunehmen. Bezüglich des Hörvermögens ist es Vorschrift, beide Ohren getrennt zu untersuchen; es soll eine Unterhaltung bei abgewandtem Gesicht geführt werden können und die Flüstersprache auf eine gewisse Entfernung verstanden werden. In Oesterreich und Baden ist hierfür keine Norm, in Württemberg und Bayern sind 5, in Preussen gar 7 m Entfernung festgesetzt.

Bei der Untersuchung der Augen wird die Sehschärfe und das Farbenunterscheidungsvermögen geprüft. Hinsichtlich der Sehschärfe sind in dem preussischen Schema 4 Gruppen von Bahnbediensteten aufgestellt; für die 1. Gruppe (im Schema I A und II A), die in der Hauptsache das Personal des äusseren Dienstes umfasst, wird mindestens $^2/_3$ Sehschärfe ohne Glas verlangt; für die 2. Gruppe (Bahnmeister, Stationsportiers, Wagenwärter) mindestens $^1/_3$—$^2/_3$ Sehschärfe ohne Glas, für die 3. Gruppe (Bahnsteigschaffner, Wagenmeister, Telegraphenbeamte, Betriebskontrolleure u. s. w.) dasselbe ohne oder mit Glas, für die 4. Gruppe (das eigentliche Bureaupersonal) $^1/_2$—$^1/_6$ Sehschärfe ohne oder mit Glas. Nach dem bayrischen Formular werden Bewerber mit weniger als $^1/_2$ Sehschärfe (Snellen D 6 auf 3 m Entfernung) ohne Glas als untauglich bezeichnet. Die andern Verwaltungen stellen keine besonderen Normen auf, sondern stellen die Frage nur allgemein.

Die Untersuchung des Farbenunterscheidungsvermögens ist wichtig, da etwa 3 % aller männlichen Personen farbenblind sind. Es ist bei den bahnärztlichen Untersuchungen überall die Prüfung auf Wollbündel eingeführt; das preussische Schema giebt hierzu in einer Fussnote Anleitung. Bei zweifelhaften Fällen schreiben die badischen und württem-

·gischen Formulare eine Prüfung auf der Strecke vor. Die ·te Untersuchung ist unter allen Umständen mit Gründlich- it vorzunehmen; denn es giebt nichts Unangenehmeres für e Theile, als wenn Bewerber mit schwachem Farbensinn gestellt und auf das Ergebniss der nächsten Untersuchung n entlassen werden müssen. Da Ungewandtheit bei der ollprobe, namentlich bei Bahnarbeitern, die als Hilfswärter erwendung finden sollen, zuweilen Farbenblindheit vortäuschen ınn, so ist immer eine Kontrollprobe (Stilling'sche Tafeln, rüfung mit farbigen Gläsern oder dergl.) im Falle eines un- enügenden Ergebnisses der Wollprobe in Anwendung zu ringen. In besonders heiklen Fällen muss die Untersuchung urch einen Augenspezialisten vervollständigt werden, in ayern ist dies für alle Bewerber zum Führerdienst vorge- chrieben.

In Frankreich ist nach den Formularen, die bei den Ostbahnen im Gebrauch ist, die Untersuchung vor der Ein- stellung in den Bahndienst sehr eingehend. Das Aufnahme- Formular enthält Fragen nach der Konstitution, nach Seh- schärfe, Farbenblindheit und Myopie, nach Hernien, Krampf- adern, Varicocele, Gehörvermögen, Zustand von Lunge und Herz. Ausserdem ist auf besonderem Blatt eine Liste von 68 Krankheiten und Gebrechen aufgestellt, bei deren Nachweis Bewerber abgelehnt werden müssen. Zur Prüfung des Seh- und Farbenunterscheidungsvermögens ist eine eigene Instruk- tion ausgearbeitet.

In England ist nach den bei der Great-Eastern Eisenbahngesellschaft bestehenden Verhältnissen der Eintritt in den Bahndienst nicht von einer vollen ärztlichen Untersuchung abhängig, doch werden alle Bewerber um eine Anstellung im äussern Dienst von einem eigens hierzu aufgestellten „Inspektor" auf ihr Sehvermögen untersucht. Dagegen treten die Bediensteten bei ihrem Eintritt in den Bahndienst der Pensionsgesellschaft bei, welche eine ärztliche Untersuchung verlangt. Es hängt dies damit zusammen, dass die Stellung der Bahnbediensteten in England keine unkündbare ist und dass viele derselben (wie Lokomotivführer, Schaffner, Zugmeister u. s. w.) nur mit Taggeld angestellt sind.

Bei der letzten Versammlung des Ausschusses der deutschen Bahnärzte am 12. und 13. April in Berlin hat Hofrath Dr. Stich aus Nürnberg die Einführung eines einheitlichen Untersuchungsformulars für die Neuaufnahmen bei allen Staatseisenbahnen in Anregung gebracht. Das ausführlichste der deutschen Formulare ist das preussische, aber dem Formular fehlt die Uebersichtlichkeit, da es eine Verbindung von Instruktions- und Untersuchungsformular ist. Die andern sind viel übersichtlicher, besonders das württembergische Formular zeichnet sich in dieser Beziehung aus. Dagegen geben sie keine Auskunft darüber, welche Krankheiten und Gebrechen zum Bahndienst untauglich machen, und der württembergische Bahnarzt z. B. ist hierbei nur auf den Erlass des K. Med.-Koll. betreffend die Ausstellung von Zeugnissen für den Nachweis der körperlichen Tüchtigkeit zum Eisenbahndienst vom 23. März 1881 oder auf die Bestimmungen des Bundesraths über die Befähigung von Eisenbahnbetriebsbeamten vom 5. Juli 1892 angewiesen, wenn er sich nicht in dem preussischen Formular oder in der diesbezüglichen, allerdings nur spärlichen Literatur Raths erholen will. Ich meinerseits würde vorschlagen, das württembergische Formular mit einigen kleinen Aenderungen zu übernehmen. Dabei wäre es nothwendig, eine kurze Instruktion für die Bahnärzte auszuarbeiten, in welcher die Mängel hervorgehoben werden müssen, die zum Bahndienst untauglich machen, und die den „Vorschriften über den bahnärztlichen Dienst" anzuheften wäre. Wenn das preussische Formular in diesem Sinne modifizirt würde, liesse sich sicher verhältnissmässig leicht eine Einigung zwischen den verschiedenen Eisenbahnverwaltungen über ein einheitliches Formular herbeiführen, eine Einigung, die wir alle mit Freuden begrüssen würden.

Referate.

Chirurgie.

Ueber Hernien traumatischen Ursprungs.

Von Dr. F. Quorvain-Paris.
(Wiener med. Blätter No. 9—10, 1901.)

Der lesenswerthen Arbeit entnehmen wir einige Ausführungen, die sich auf die gerichtlich-medizinische Seite der Frage beziehen, insbesondere darauf, ob die Hernie in Folge von Gewalteinwirkung als Unfall anzusehen ist oder nicht. In Deutschland erkennt bekanntlich das Reichs-Versicherungsamt den mit einer auf traumatischem Wege entstandenen Hernie Behafteten das Recht auf eine Entschädigung zu, vorausgesetzt, dass das Vortreten des Bruches unter dem Einfluss eines Traumas oder einer aussergewöhnlichen Anstrengung erwiesen ist, und dass das betreffende Individuum nicht vor dem Unfall eine Hernie an derselben Stelle dargeboten hat. Das Recht auf Entschädigung wird durch das Vorhandensein einer Bruchanlage nicht geschmälert. Die Entscheidung der Frage ist nicht immer einfach. Unter den Umständen, welche im Stande sind, die traumatische Natur eines Bruches zu erweisen, ist zunächst der heftige Schmerz zu erwähnen, den der Kranke im Moment des Vortretens des Eingeweides in den Bruchsack empfindet. Dieser Schmerz nöthigt den Kranken in der Regel, seine Arbeit zu unterbrechen, und man ist berechtigt, nicht an das Vorhandensein einer Hernie traumatischen Ursprungs zu glauben, wenn das betr. Individuum seine Arbeit fortsetzen konnte. Von dieser Regel kommen jedoch gewisse Ausnahmen vor, insbesondere wenn es sich um indolente Personen handelt. Die Art, wie der Unfall zu Stande kam, spielt gleichfalls eine ziemlich wichtige Rolle bei der Frage des traumatischen Ursprungs einer Hernie. Jede Diskussion wird überflüssig, wenn die Entstehung des Bruches im Augenblick eines schweren Traumas stattgehabt hat. Nicht das Gleiche gilt dann, wenn es sich um eine einfache Anstrengung handelt. Aus diesem Grunde fordert man im Allgemeinen den Beweis einer ungewöhnlichen Arbeit oder einer der normalen nicht entsprechenden Anstrengung. Hernien können übrigens durch Gewalteinwirkung auch geringerer Art entstehen, wenn sich die Verletzten in unzweckmässiger Körperstellung befanden. Nebst diesen positiven Anzeichen — mehr oder minder erhebliches Trauma oder Anstrengung, heftiger Schmerz im Moment des Unfalles, eventuelle Einklemmung — muss der Arzt sorgfältig nach Symptomen suchen, welche zu Gunsten einer bereits früher bestandenen Hernie und nicht blos für eine Bruchanlage sprechen. Er wird sich hauptsächlich darüber informiren, ob der Kranke bereits früher, z. B. gelegentlich des Militärdienstes, auf das Vorhandensein eines Bruches untersucht worden ist. Ein positives Ergebniss schliesst natürlich die Annahme einer Hernie traumatischen Ursprungs ohne Weiteres aus, ein negatives bietet allerdings keine unbedingte Sicherheit, ausser in jenen Fällen, wo die Untersuchung an einem dem Zeitpunkte des Unfalles genügend nahe gelegenen Datum ausgeführt wurde, und da ist es möglich, dass eine kleine, vielleicht interstitielle Hernie der Aufmerksamkeit des untersuchenden Arztes entgangen ist. Eine grössere Bedeutung als die anamnestischen Daten haben natürlich die objektiven Befunde.

Eine beträchtliche Weite des Leistenkanals wird mit grosser Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer Hernie durch Gewalteinwirkung ausschliessen, namentlich wenn dieser Kanal seine schräge Richtung verloren hat. Der Umfang des Bruches besitzt gleichfalls eine gewisse Wichtigkeit; überschreitet derselbe Citronengrösse, so handelt es sich höchst wahrscheinlich nicht um eine traumatische Hernie. Irreponibilität des Bruches ohne gleichzeitiges Bestehen von Einklemmungserscheinungen spricht ebenfalls gegen die Annahme der traumatischen Entstehung und darf als Beweis für das Vorhandensein alter Adhäsionen des Bruchinhaltes mit dem Bruchsacke gelten. Unwahrscheinlich ist die traumatische Entstehung auch, wenn der Verunglückte behauptet, er habe sich gleichzeitig zwei Hernien zugezogen. Auch das gleichzeitige Vorhandensein einer Hodenectopie zeugt gegen die Diagnose einer traumatischen Hernie, da diese Ectopie sehr häufig nicht nur von einer Bruchanlage, sondern von einem ausgebildeten Bruch begleitet ist. Das Vorhandensein einer Hernie oder einer Bruchanlage auf der der angeblichen traumatischen Hernie entgegengesetzten Seite ist gleichfalls darnach angethan, Verdacht zu erwecken. Schliesslich sind als Umstände, welche mehr zu Gunsten einer langsamen Bruchentwicklung sprechen, auch noch zu erwähnen: das vorgerückte Alter des Verletzten und die Thatsache, dass er bereits vor dem Unfall zu schwerer Arbeit trotz robuster Konstitution unfähig war. In manchen Fällen wird die Radikaloperation Gelegenheit geben, durch Aufnahme des anatomischen Befundes die Situation zu klären. Das Vorhandensein eines schlanken Bruchsackes ohne abnorme Adhäsion mit den Elementen des Samenstranges und ohne Verdickung der Hüllen des letzteren gestattet die Annahme einer frischen Hernie, während eine diffuse Verdickung des Bruchsackes und Verwachsungen mit dem Samenstrange zu Gunsten eines alten Bruches sprechen. Nicht das Gleiche gilt bezüglich einer umschriebenen Verdickung des Peritoneums in der Gegend des inneren Leistenringes, welche man bei einem absolut leeren Bruchsack antreffen kann. Dass ein mit einem Bruch Behafteter gegenüber den gesunden Arbeitsgenossen in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt ist, darüber dürfte heute keine Meinungsverschiedenheit mehr bestehen. Was den Grad der Verminderung betrifft, so erkennt das R.-V.-A. dem von einer einseitigen traumatischen Hernie betroffenen Individuum im Allgemeinen eine Entschädigung von 10 % zu, die bis auf 50 % steigt, wenn die Beschäftigung des Verunglückten mit dem Bestehen eines Bruches unvereinbar ist und der Kranke in Folge dessen genöthigt ist, seinen Beruf zu ändern. Handelt es sich um eine doppelseitige Hernie, so beträgt die Entschädigung 15 %.

Zum Schluss seiner Arbeit erörtert Verf. noch kurz die Frage, ob die Versicherungs-Gesellschaft das Recht besitzt, dem Unfallkranken die Radikaloperation aufzunöthigen. Bis nun wurde die Frage stets im negativen Sinne beantwortet. Das wird auch wohl so bleiben, wenngleich nicht zu verkennen ist, dass es nicht nur im Interesse der Genossenschaft, sondern auch in dem des Unfallverletzten läge, wenn die Radikaloperation zur Ausführung käme. Andererseits ist die Operation nicht unerlässlich, und es kann deshalb keiner zu ihr gezwungen werden. —y.

Ueber einen seltenen Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

Von Dr. Georg Diehl, pr. Arzt in Neustadt a. D.
(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 13.)

Eine Patientin trug nach zweimaliger Tracheotomie (erstes Mal Selbstmordversuch, zweites Mal Diphtherie) eine Dauertrachealkanüle. Eine, in Folge Schadhaftwerdens der alten durch Verlust des Schildes, nöthig gewordene neue K war zu lang und deshalb der Patientin unbequem. Die lose alte, welche trotz ärztlichen Verbotes wieder ge- wurde, rutschte bei einem starken Lachen in die Luft und wurde von der Patientin, welche aus Angst vor Erst die neue Kanüle nachschob, weiter hinabgestossen. A beschwerden bestanden nicht, aber sämmtliche Versuche Instrumenten die Kanüle hervorzuziehen, misslangen. Vorbereitung zur abermaligen Tracheotomie hustete pl die Patientin die Kanüle aus. Seelh.

Ein Fremdkörper in der Lunge.

Von Dr. med. Gustav Spiess-Frankfurt a. M.
(Münch. Med. Wochenschr. 1901, No. 13.)

Fünf Jahre nach Aspiration eines Hemdknopfes in de Bronchus — der Sitz wurde durch Röntgendurchstrahl festgestellt — machte der Verf. mit eigens dazu konstrui Instrumentarium Versuche, denselben zu entfernen, da e liche Beschwerden durch Entzündungserscheinungen de Lunge und ihres Rippenfells auftraten. Die Versuche m langen in Folge theilweise eingetretener Perforation Knopfes durch die Wand des Bronchus und narbiger Fixi desselben. Den späteren Versuchen folgten Blutungen. 6½ Jahr nach dem „Verschlucken“ des Knopfes erlag einer Tuberkulose. Der aus dem Erlebniss gezogene Sc ist der, dass nach jedem Eindringen von Fremdkörpern den Bronchialbaum die schonende Killiansche Bronchosk vorzunehmen ist, welche die Chancen einer definitiven He günstig gestaltet, während ein Abwarten die Prognose u dingt verschlechtert. Seelho

Die Heilung eines Falles von totaler Radialislähmung durch Sehnenplastik.

Aus dem Esztergomer (Gran) allgem. Krankenhause.
Mitgetheilt von Dr. Béla Gonczy von Biste, Primärarzt
(Centralblatt für Chirurgie 1901, No. 18.)

Ein 20jähriger Mann erhielt durch Stich eine Wunde welche 4 cm unterhalb des linken Ellbogengelenkes sämmtliche Streckmuskeln durchschnitt. Er war nicht im Stande seine linke Hand im Gelenke zu heben und die Finger zu strecken.

Nach vergeblichen Versuchen, die Nervenstümpfe acht Monate später durch Naht zu vereinigen, wurde ein Jahr nach der Verletzung durch Vernähung der abgetrennten Sehne des ellenseitigen Handgelenkbeugers an den Sehnen des Fingerstreckers und gleichzeitiger Befestigung des Stumpfes dieses Muskels an dem gemeinsamen Fingerbeuger (der Operationsgang muss im Original nachgelesen werden) eine Streckmöglichkeit der vier langen Finger erzielt, noch weitere vier Monate später auch der Daumen wieder streckfähig gemacht durch Uebertragung der Sehne des speichenseitigen Handbeugers auf die Sehne des langen Daumenstreckers. Seelhorst.

Luxatio intercarpalis (mediocarpalis Malgaigne).

Von Ferdinand Bähr-Hannover.
(Central-Blatt f. Chir. 1901, No. 18.)

Neun Monate nach der Verletzung, welche so vor sich gegangen war, dass die Hand, bis etwa zum Interkarpalgelenk, im Achsenloch einer Fördermaschine fixiert war, während durch die Bewegung einer Pleuelstange der Arm bei starker Rückwärtsbiegung der Hand mit grosser Gewalt nach oben gedrückt wurde, konnte trotz völliger Abschwellung erst mit Hilfe der Röntgenstrahlen die Diagnose gestellt werden, dass die vorhandene Stellungsänderung im Bereiche der Hand-

zel (vom Handteller aus betrachtet, leichte Verschiebung [in] ulnavolarer Richtung, Verkürzung der Hand an der Klein[fing]erseite gegen die andere um 2 cm), die Folge einer un[voll]kommenen volaren Luxation im Intercarpalgelenke war.

Daneben fand sich eine Fraktur der Speiche, welche, drei [Qu]erfinger über dem Handgelenk, offenbar im Vordergrunde [des] Bildes stehend, ein Uebersehen der Handverletzung dicht [na]ch dem Unfall herbeigeführt hat. Seelhorst.

Kontusionsbrüche des Beckens.

Von Ferdinand Bähr-Hannover.
(Aus dem Rekonvalescentenhause.)
(Münch. Med. Woch. 1901, No. 20.)

Kontusionen des Beckens führen häufiger Zertrümme[ru]ngen der Spongiosa der Beckenknochen, also Frakturen, [hi]erbei, als dies in den Lehrbüchern angenommen wird. Aus [B]eobachtungen berufsgenossenschaftlich zu begutachtender [V]erletzter ist dies dem Verf. zur Evidenz hervorgegangen; er [h]at bei einzelnen Fällen isolirte kallöse Verdickungen direkt [n]achweisen können, in einer Reihe von Fällen drängte sich [d]ie Diagnose „Beckenbruch an einer Stelle“ (im Gegensatz [z]u den „typischen“ Brüchen des Beckenringes) aus den sub[j]ektiven Symptomen bei Belastung des Beckens und der Haltung der Patienten auf. Die Werthschätzung derartiger Verletzungen ist eine Frucht der Unfallgesetzgebung, welche zu einer Präzision des Urtheils auch über derartige, einer oberflächlichen Untersuchung häufig unklare Befunde zwingt. Seelhorst.

Zur Beurtheilung der inneren Weichtheilverletzungen des Kniegelenkes und der Quelle der Blutung bei Haemarthros genu.

Von Dr. C. Lauenstein, Oberarzt des Hafenkrankenhauses zu Hamburg.
(Centralblatt für Chirurgie, 1901, No. 6.)

Nach den Erfahrungen des Verfassers ist für traumatisch entstandene Blutergüsse die Punktion und Ablassung des Ergusses mit nachheriger längerer Feststellung des verletzten Gelenkes die beste Methode. Die Punktion wird am besten an der Aussenseite entsprechend dem oberen Recessus vorgenommen, und es ist alsdann, da die Kapselrisse häufig an der Innenseite der Gelenkkapsel liegen, nicht selten möglich, mittels einer in der Troicartcanüle eingeführten Knopfsonde den Riss nachzuweisen und abzutasten. Die Entleerung des Ergusses mittels Punktion bietet die beste Heilungsmöglichkeit, indem sie die auseinandergezerrten Weichtheile wieder in ihre normale Lage gelangen lässt. Wohl mit Zustimmung aller Chirurgen, welche weitgehende Erfahrungen in derartigen Verletzungen haben, ist Verfasser der Ansicht, dass erst Heilung der inneren Weichtheilverletzung erfolgt sein muss, ehe ausgiebigere Bewegungen des Gelenks vorgenommen werden dürfen. Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken.

Von Paul Rauschburg.
(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. IX, 1901, Heft 4.)

Verfasser untersucht die Merkfähigkeit bei normalen, nerven- und geisteskranken Individuen. Die Technik seines Vorgehens, bei dem er das Wort-, Personen-, Farben-, Orientirungs-, Namen- und Zahlengedächtniss berücksichtigt, ist an Ort und Stelle genauer nachzusehen. Verfasser beobachtete hierbei auch Neurastheniker und Paralytiker. Bei Neurasthenikern fand er eine Abnahme des Gedächtnisses für Wortverbindungen, eine pathologische Ermüdbarkeit und Verlangsamung der Reproduktion. Bei den Paralytikern konstatirte er das absolute Fehlen subjektiver Klagen oder objektiver Zeichen der Ermüdung, eine anscheinend nicht verlängerte Zeitdauer der Reproduktion und eine wenn nicht gänzliche, so doch nahezu gänzliche Zerstörung des Wort-, Orientirungs- und Namengedächtnisses; das Gedächtniss für Farben und Personen blieb ziemlich gut erhalten.

Ernst Schultze-Andernach.

Ueber den Einfluss der in der Hypnose suggerirten Emotionen auf Puls und Athmung.

Von Dr. Lasurski,
(Mittheilungen der Kaiserl. Militär-Medizinischen Akademie zu Petersburg. 1900, Dezbr.)

Dass während der Hypnose Veränderungen der Athmung und des Pulses auftreten, ist schon seit jeher bekannt; wie sich aber Puls und Athmung unter dem Einflusse verschiedener Suggestion verändern, darüber giebt es nur spärliche Mittheilungen. Und doch ist diese Frage schon aus dem Grunde sehr wichtig, dass man durch Beobachtungen der eventuellen Puls- bezw. Athmungsalteration im Stande ist, wirkliche Hypnose von Simulation zu unterscheiden, was in gerichtlich-medizinischer Beziehung von gewaltiger Bedeutung ist: tritt doch so oft an den gerichtlichen Sachverständigen die Frage heran, ob nicht das inkriminirte Verbrechen unter dem Einflusse einer hypnotischen Suggestion begangen sei. Ausserdem ist die Erforschung des Pulses und der Athmung während der Hypnose auch für die theoretische Psychologie von Interesse, da man auf diese Weise die physiologische Grundlage unserer Empfindungen wird aufzuklären vermögen.

Von obigem Standpunkte ausgehend, hat Verf. an zehn Patienten, die an Hystero-Epilepsie, Hysterie, Veitstanz, nervösem Asthma, chronischem Alkoholismus und Neurasthenie litten, Beobachtungen angestellt. Bei sieben dieser Kranken konnte man nicht nur die verschiedenartigsten Störungen der Gefühls- und Bewegungsnerven, sondern auch suggerirte Sinnestäuschungen etc. herbeiführen. An diesen Kranken hat nun Verf. eine grössere Reihe von Experimenten angestellt. Den Kranken wurden vier Empfindungsarten suggerirt: Freude, Kummer, Angst und Zorn. Sämmtliche in tiefer Hypnose suggerirten Empfindungen wirkten in mehr oder minder hohem Grade auf Puls und Athmung; bei Hypnose mittleren Grades war dieser Einfluss schon unverhältnissmässig schwächer. Unter dem Einflusse suggerirter Emotion trat eine mehr oder minder auffallende Beschleunigung des Pulses, sowie in einigen Fällen eine auffallende Veränderung der Form der Pulswellen ein. Diese beiden Merkmale (namentlich das letztere) können somit als wichtiges differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung der tiefen Hypnose von Simulation dienen. Die grösste Pulsbeschleunigung trat dann ein, wenn dem Kranken Angst bezw. Zorn suggerirt wurden. — Die Alteration der respiratorischen Bewegungen waren bei weitem nicht so charakteristisch, auch zeichneten sie sich durch Inkonstanz aus. Im Allgemeinen trat jedoch Steigerung der Athmungsfunktion ein. Alle intensiv und rasch eintretenden suggerirten Empfindungen wirken auf Puls und Athmung excitatorisch, unabhängig davon, ob die suggerirten Empfindungen dem betreffenden Individuum angenehm oder unangenehm sind. Mehr oder minder konstante Veränderungen der Respiration wurden nur dann erzielt, wenn der Untersuchungsperson Freude suggerirt wurde. Lb.

Beitrag zur Frage der Narkolepsie (unüberwindlichen Schläfrigkeit).

Von Dr. Sälzer.

(Wratsch, 1901, No. 10).

Auf Grund von 4 Fällen eigener Beobachtung glaubt Verfasser folgende Thesen aufstellen zu können:

1. Die plötzlich eintretende Narkolepsie kann als selbstständige Krankheitsform vorkommen.

2. Als selbstständige Krankheitsform entwickelt sich die Narkolepsie plötzlich unter dem Einflusse freudiger, häufiger aber trauriger seelischer Erschütterungen.

3. Die selbstständige plötzliche Narkolepsie wird meistentheils bei Patienten mit beschränkter geistiger Entwickelung beobachtet.

4. Die plötzliche Narkolepsie wird im Allgemeinen häufig bei Personen beobachtet, die durch Krankheiten erschöpft sind, namentlich als Folge des gedrückten Gemüthszustandes, bedingt durch die Schwere der Krankheit.

5. Aenderung der Umgebung und der Lebensweise müssen auf den Verlauf der Narkolepsie günstig einwirken.

Lb.

Ueber die pathologischen Veränderungen, welche in dem Centralnervensystem von Thieren durch Lumbalpunktion hervorgerufen werden.

Von Ossipow.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XIX, Heft 2—4. 1901.)

In vereinzelten Fällen sah man nach der Lumbalpunktion den Tod eintreten. Ueberwiegend lag hier eine schwere Krankheit vor, welche die Vornahme der Lumbalpunktion veranlasste und welche für sich als Todesursache genügte, wie z. B. Gehirntumor, Urämie. In einigen wenigen Fällen fand man bei der Obduktion eine tödtliche Blutung aus den Gehirngefässen. Das machte es wahrscheinlich, dass die Hyperämie der Gefässe des Gehirns und der Gehirnhäute, die hyperämia ex vacuo, welche nach Entleerung einer mehr oder weniger grossen Quantität von Cerebrospinalflüssigkeit eintreten muss, unter gewissen Bedingungen in eine Blutung übergehen kann. Auf diese Möglichkeit hatte bereits Quincke hingewiesen.

Verfasser tritt der Lösung dieser Frage näher durch den Thierversuch, da die klinischen Beobachtungen wegen der Erscheinungen der Grundkrankheit nicht ganz einwandfrei sind. Nach der an Hunden ausgeführten Lumbalpunktion fand Verfasser eine auch noch nach einigen Tagen deutlich ausgesprochene Hyperämie der Gehirn- und Rückenmarksgefässe. Ferner sah Verfasser nach wiederholt ausgeführten Punktionen vorwiegend in der grauen Substanz punktförmige Blutaustritte. Im Rückenmark waren die Hinterhörner und von ihnen wieder die Basis bevorzugt, vorwiegend im Lumbal-, dem Dorsal- und dem unteren Cervikaltheile des Rückenmarks.

Auch das Nervengewebe (Zellen wie Fasern) liess Veränderungen erkennen. Dass die für die Ausführung der Lumbalpunktion eingeleitete Narkose an diesen Veränderungen unschuldig ist, wurde durch Kontrolversuche recht wahrscheinlich gemacht.

Da bei der Lumbalpunktion mit der Möglichkeit einer Hirnblutung zu rechnen ist, so ist sie sicherlich kein harmloser Eingriff, besonders wenn sie wiederholt wird. Bei Sclerose der Gefässe wie bei Aneurysmen der cerebralen Gefässe hält Verfasser sie direkt für kontraindizirt, ebenso bei akuten und chronischen Erkrankungen des Centralnervensystems ohne deutliche Symptome einer Druckerhöhung der Cerebrospinalflüssigkeit. Diagnostische Rücksichten allein rechtfertigen nicht diesen Eingriff.

Ernst Schultze-Andernach.

Luetische Lähmung nach Chloroformnarkose.

Von Dr. A. Sarbo.

(Ungarische medizinische Presse 1901, No. 8).

Bezüglich der nach Narkose auftretenden Lähmungen gegenwärtig allgemein angenommen, dass für dieselben dem Trauma kein sonstiger in die Augen fallender Grun funden wird, und dass es höchst selten gelingt, alle zusam wirkenden Faktoren, die in dem speziellen Falle eine spielen, zu erkennen. Seinerseits bezweifelt auch Verfa nicht, dass ein Trauma an sich eine peripherische Ne lähmung zu Stande bringen kann. Er macht jedoch aufmerksam, dass häufig das Trauma nur die Rolle des lösenden Moments spielt, das die latente eigentliche Kran zur Explosion bringt. Als Illustration führt er folgenden eigener Beobachtung an.

Ein 34jähriger Patient sollte wegen einer Hernie Chloroformnarkose operirt werden. Das Exzitationsstad war ein so heftiges, dass die Arme des Kranken zusam gebunden werden mussten. Aus der Narkose erwacht, merkte der Patient, dass sein linker Arm vollkommen gel war, und dass er auch seinen rechten Arm nur in beschränk Masse bewegen konnte. 23 Tage nach der Operation statirte Verfasser beiderseitige Lähmung des Plexus brachi — Anamnestisch wurde festgestellt, dass der Kranke Alkoh ist und vor fünf Wochen wegen einer frischen luetis Infektion in Behandlung stand. — Auf eine Inunktionskur Quecksilber trat nun Besserung ein, und nach einigen Wo konnte der Patient seine beiden Arme frei gebrauchen seine übliche Beschäftigung wieder aufnehmen.

Verfasser nimmt im vorstehenden Falle als Ursa der Lähmung die luetische Infektion an, während er Trauma (Zusammenbinden der Arme) insofern Bedeutung misst, als er annimmt, dass dasselbe im Plexus brac einen Locus minoris resistentiae herbeigeführt hat.

L

Gesicht und Pupillen bei Alhoholneuritis.

Von T. Lauder-Brunton.

(The British Medical Journal, 1. Dez. 1900.)

Die Beschreibung des Gesichtsausdruckes, wie man sie bei Leuten findet, welche an alkoholischer Neuritis leiden, bietet nichts wesentliches Neues. Dagegen macht der englische Autor auf ein Symptom der Pupillen aufmerksam, welches weniger bekannt sein dürfte und wohl einer Nachprüfung werth erscheint. Er beobachtete bei einer Anzahl von Fällen von alkoholischer Neuritis, dass der Reflex der Pupille auffallend prompt reagirte, während die Reaktion der Pupille auf Akkomodation nur gering war oder gänzlich ausblieb. Bei einem oder zwei Fällen will er sogar anstatt der Kontraktion eine Erweiterung bemerkt haben.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von multipler Sklerose traumatischen Ursprungs.

Aus der Abtheilung für Nervenkrankheiten der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Benedikt).

Von Dr. Julius Flesch.

(Wiener medizin. Blätter, No. 7, 1901.)

Noch immer giebt es Zweifler, welche den gelegentlichen ursächlichem Zusammenhang zwischen Trauma und multipler Sklerose leugnen und dem Trauma besten Falles eine prädisponirende Rolle zugestehen. Aber von Jahr zu Jahr mehrt sich die Zahl der exakten Beobachtungen, aus denen hervorgeht, dass ein Trauma sehr wohl die direkte Ursache zur Entstehung der multiplen Sklerose werden kann. Auch der vorliegende Fall bildet einen nach jeder Richtung hin einwands-

ɔien Beweis für diese Möglichkeit. Ein 40jähriger Zugbeamter .rd von den Puffern in die Kreuzgegend gestossen, wobei er ötzlich einen heftigen stechenden Schmerz verspürte. Er elt mit den Armen den Puffer umschlungen, so dass er nicht nsinken musste, und konnte gleich darauf wieder auf den üssen stehen. Allein während der darauf folgenden Arbeit urde der Rücken immer steifer und am nächsten Morgen ɔnnte er sich im Bette absolut nicht bewegen und empfand ı der Kreuzbeingegend heftige Schmerzen. So blieb er zwei Ionate zu Bette. Als er letzteres verliess, waren seine einigen Beschwerden eine lokale Empfindlichkeit bei Exkursionsewegungen oder Druck im Kreuz, sowie eine allgemeine :rschütterbarkeit des Nervensystems. Alsbald verschlimmerte ich jedoch der Zustand und bald traten objektiv nachweisbare 'eichen einer Centralerkrankung zu Tage. Vier Monate nach lem Unfalle ergab die Untersuchung: Steifigkeit in der Lendengegend und Druckempfindlichkeit daselbst, hochgradige Steigeung der Patellar- und aller übrigen Sehnen- und Periostreflexe, Intentions- und Schütteltremor, steifer, unsicherer Gang, Romberg'sches Phänomen, tremolirende Sprache, starrer Gesichtsausdruck. Neben diesen Erscheinungen interessirt besonders das Auftreten spontan entstehender, ziehender Schmerzen, die, von der ursprünglichen Schmerzstelle ausgehend, längs der Wirbelsäule nach aufwärts über den Schädel bis zur Nasenwurzel reichen und Kongestion sowie Vernichtungsgefühl erzeugen. Dieser Zustand ist auch künstlich hervorzurufen, wenn man die Wirbelsäule forcirt beugt oder streckt. Derartige Angaben hört man öfters bei Meningitis cerebrospinalis, bei Spinalirritation und Wirbelsäulentraumen. Bei der Spinalirritation sind aber die Dornfortsätze auch druckempfindlich, und die Empfindung ist konstant vorhanden, während sie bei Traumen mehr anfallsweise einsetzt. Es ist naheliegend, an eine durch das Trauma bedingte Narbe der Meningen oder an meningitische Adhäsionen zu denken, die hyperästhetisch bei der geringsten Zerrung Ausstrahlungsschmerzen an den Meningen erzeugen. Ursprünglich imponirte das ganze Krankheitsbild als „traumatische Neurose", bis durch die allmählich auftretenden, objektiv nachweisbaren Veränderungen die Diagnose „multiple Sklerose" gestellt werden konnte. —y.

Vergiftungen.

Erythem (Rash), hervorgerufen durch Borsäure.

Von Henry Handford.

(The British Medical Journal, 24. Nov. 1900.)

Bei einem Kranken wurde der Magen wegen Erweiterung ausgespült. Zu diesem Zweck bediente man sich einer Borsäure-Lösung in einer Stärke von 1 : 60. Nach Entfernung der Speisereste wurde der Magen 2- bis 3mal, bis die Flüssigkeit fast klar zurückkam, durchgespült. Die Auswaschung mit Borsäure wurde 6 Tage lang vorgenommen, bis im Gesicht und am Rücken ein erythemartiger Ausschlag entstand. Die Haut war geröthet, geschwollen, in breiten Flecken verdickt und juckte stark. An Stelle der Borsäure wurde jetzt reines Wasser benutzt, worauf der Ausschlag im Laufe von 2 Tagen verschwand. — Eine Woche später wurde noch einmal Borsäure in stärkerer Verdünnung (1 : 200) zur Ausspülung angewandt. Nach 2 Tagen schon zeigte sich an den Ellenbogen leichte Röthung und nach 3 Tagen erstreckte sich das Erythem bereits über Rücken, Hals, Augenlider, die unteren Partien des Rückens und die Schenkel. Die Borsäure wurde wieder ausgesezt und der Ausschlag verschwand gänzlich nach 3 Tagen. Der Patient hatte früher niemals an ähnlichem Ausschlag gelitten, obgleich der Magen monatelang mit Ausspülungen behandelt worden war, wobei man sich sets einfachen Wassers und nie der Borsäure bedient hatte. Das Erythem ist niemals wieder aufgetreten. Franz Meyer, Berlin.

Fall von Bleivergiftung durch Bier.

Von E. Rice Morgan.

(The British Medical Journal 10. Nov. 1900.)

Ein 43 Jahre alter Arbeiter wurde längere Zeit wegen schwerer Magensymptome behandelt. Da derselbe stark abmagerte und immer schwächer wurde, stellte man die Diagnose anfangs auf Magenkrebs. Zittern in verschiedenen Muskelgebieten, ferner ein deutlicher Bleisaum am Zahnfleisch liess vermuthen, dass die Ursache des Leidens vielleicht Bleivergiftung wäre. Da der Patient in seinem Gewerbe mit diesem Metall kaum in Berührung kam, war die Erklärung der Vergiftungsursache nicht einfach. Genauere Nachforschung ergab, dass der betreffende Arbeiter gewohnt war, mehrmals täglich ein Wirthshaus aufzusuchen, in welchem das Bier durch alte Bleiröhren geleitet wurde, und dass er früh Morgens der erste zu sein pflegte, der von diesem Bier trank. Es war kaum ein Zweifel, dass dem Bier Blei beigemengt wurde. Die chemische Analyse hat das mehrfach bestätigt und ergeben, dass gerade das zuerst abgezapfte Bier grössere Mengen Blei enthielt. Der Zustand des Erkrankten machte wenig Fortschritte und als er das Krankenhaus verliess, war er kaum oder garnicht gebessert. Kurze Zeit darnach soll er durch plötzliches Auftreten von Krämpfen verstorben sein.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber Wismuthvergiftung.

Von Prof. Dr. Mühlig-Konstantinopel.

(Münch. Med. W 1901, No. 15.)

Die äusserliche Anwendung von Wismuth bei Verbrennungen, welche in neuerer Zeit mehr und mehr in Aufnahme gekommen ist, hat bisher wenig üble Nebenwirkungen verzeichnen lassen.

Einem Falle von Dreesmann schliesst Mühlig zwei selbstbeobachtete an.

Ein 26jähriges Mädchen verbrennt sich durch Benzin, in welcher Ausdehnung, ist nicht genauer beschrieben, beide Vorderarme und Hände, den rechten Oberarm und einen Theil der rechten Halsgegend. Von einigen Tagen nach der Verbrennung ab wird reines basisch salpetersaures Wismuth angewendet. Darauf tritt nach etwa halbmonatlichem Gebrauch geringer Speichelfluss ein, und es bildete sich ein schwärzlicher Saum am Zahnfleisch. Daran schliesst sich eine starke Mundentzündung, die trotz sofortiger Aussetzung des Wismuths nicht eher zu heilen anfängt, als bis die Granulationen der Verbrennungswunden ausgekratzt sind. Der Harn hat während der ganzen Zeit keine Abweichungen gezeigt, die Verdauungsorgane blieben unversehrt.

Ein 34jähriger Mann verbrennt sich beide Unterschenkel und Füsse mit heissem Wasser. Wieder wird nach einigen Tagen ein Wismuthverband angelegt, wieder kommt es zur geschwürigen Mundentzündung. Auch hier mussten, um eine Besserung herbeizuführen, die Granulationen abgekratzt werden.

Das Wismuth wurde von einem Chemiker untersucht und erwies sich als rein, insbesondere als bleifrei.

Tödtliche Vergiftung mit schwefelsaurem Zink.

Von G. D. Mackinstosh.

(The British Medical Journal. 15. Dez. 1900.)

Eine 53 Jahre alte Frau hatte eine grössere Menge Zincum sulphuricum geschluckt. Sie litt an heftigen Schmerzen im

Magen, im Leib, sah blass aus, fühlte sich kalt an, hatte kalten Schweiss, unregelmässigen Puls, Durchfälle, aber nur einmal Erbrechen ganz geringer Mengen. Es wurde reichlich Sodalösung (in lauwarmem Wasser gelöst) verordnet, worauf massenhaft weissliche Flüssigkeit erbrochen wurde, welche kohlensaures Zink enthielt. Auch Eiweiss, Milch und Whisky sollten gegeben werden. Der Zustand verschlechterte sich schnell, die Herzschwäche nahm zu und 20 Stunden etwa nach der Vergiftung trat im Zustande des Colapses der Tod ein. Die Sektion zeigte im Wesentlichen starke entzündliche Veränderungen der Schleimheit des Magens und der Dünndärme, weniger des Dickdarms. Die Entzündung der Dünndärme war so hochgradig, dass sie nicht nur die innere Schleimhaut, sondern an einzelnen Stellen alle Schichten des Darmes betraf. Ausserdem fanden sich stärkere Kongestionen in den Hirnhäuten und in den Arterien der Hirnbasis. Die seröse Flüssigkeit war stark im linken Ventrikel, weniger stark im rechten Ventrikel vermehrt. Es ist möglich, dass der Tod in Folge des Shocks durch die ausgedehnte und intensive Entzündung von Magen- und Darmschleimhaut eintrat. Wahrscheinlich waren im Ganzen ungefähr 30 g Zincum sulphuricum geschluckt worden. Franz Meyer-Berlin.

Zur Trional-Intoxikation.

Von Dr. M. Rosenfeld, erster Assistent an der psychiatr. Klinik zu Strassburg.

(Berl. Klin. Wochenschr. 1901, No. 20.)

Ein schwächliches, an halluzinatorischer Verwirrtheit leidendes Mädchen, trotz ihrer 28 Jahre auffallend unentwickelt, erhält unregelmässig seit Dezember 1899 Abends je ein Gramm Trional. Unter dieser Behandlung beruhigte sie sich etwas, nahm vorübergehend an Gewicht etwas zu und bot Monate lang keine Vergiftungszeichen. Erst nachdem im Juni die Nahrungsaufnahme wieder schlecht geworden war, verfiel sie rasch, wurde sehr schwach und hatte eine beschleunigte Athmung, aber der Urin blieb normal. Erst einige Tage nach Aussetzung des Trionals wurde der Harn dunkelburgunderroth und enthielt Haematoporphyrin, die Sehnenreflexe erloschen. Kurz darauf starb die Kranke. Die Leichenöffnung ergab nur venöse Blutüberfüllung der Bauchorgane, sonst nichts Kennzeichnendes, besonders keine Nierenentzündung.

Die Vergiftung war bei einer allerdings durch sehr geringe körperliche Entwickelung und nachhaltig ungenügende Ernährung widerstandsunfähigen Kranken trotz Anwendung gebräuchlicher Gaben zu Stande gekommen. Erst nachdem die Höhe der Vergiftung erreicht war, kam der sonst zu den Frühzeichen gerechnete Haematoporphyrin-Harn zum Vorschein.

Was die Bildung des Haematoporphyrins betrifft, so ist die Ansicht sicher falsch, wonach Trionalvergiftung nur durch Zufall gelegentlich mit jener Harnveränderung zusammentrifft. Verfasser meint vielmehr, dass noch ein Drittes — allgemeine Cachexie — dazukommen muss, um die Verbindung zwischen Vergiftung und Harnveränderung herzustellen.

Bei Thierversuchen, die Verfasser anstellte, gelang es nie, durch Zusatz von Trional zu frischem Blut die Umwandlung des Blutfarbstoffes in Haematoporphyrin herbeizuführen. Am lebenden Thier bewirkte die einmalige Darreichung mittlerer Gaben von Trional bei reichlicher Ernährung keinerlei Gesundheitsstörung. Wurde dagegen noch einmal Trional verabfolgt, nachdem die Thiere einige Tage auf Unterernährung gesetzt waren, so waren die Zeichen der Vergiftung bald sehr ausgeprägt. Die Thiere wurden matt, die Reflexe erloschen und sie gingen unter Zeichen allgemeiner Schwäche und Lähmung zu Grunde. Die Sektion ergab zweimal keine Abweichung, einmal Blutungen in der Niere und im Darm, einmal endlich einen kirschrothen Farbstoff im Harn, der das Spektrum nicht veränderte und sich mit verdünnter säure nicht ausschütteln liess. Leider war die Menge Farbstoffes, der sich weder als Haematoporphyrin noch das bisher nicht weiter bekannte, von Quincke einmal schriebene Pigment, erwiesen hatte, nicht genügend um näher zu bestimmen.

Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Kamphers medizinischen Gaben.

Von Dr. Fr. Bohlen-Dedesdorf.

(Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 20.)

Bei zwei schwächlichen alten Leuten erlebte Verf. Darreichung einer Mischung von Kampher und Benzoe benzoic. 0,2, Camphor. trit. 0,05, zweistündlich, im binnen zwei Tagen 0,65 bezw. 0,6 g Kampher) deliriöse Zustände. Beide redeten wirr durcheinander, äusserten Verfolgungs- und waren nicht im Bette zu halten. Im ersten Falle Verf. nicht gleich die Ursache und gab die Pulver, komb. mit Brom, weiter, darauf hielt die Seelenstörung bis zum setzen der Kampher-Benzoepulver an, im zweiten Falle er die Pulver gleich weg und erzielte unter Brombehandlung sofort Besserung.

Ein dritter Fall, der ihm aus der Studienzeit erinnerlich ist — tobsüchtige Verwirrtheit während einer mit Kampher behandelten doppelseitigen Lungenentzündung — gehört leicht auch hierher.

Gynäkologie.

Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft.

Von v. Winckel.

(Samml. klin. Vorträge, No. 292/293.)

Nachdem für das Bürgerliche Gesetzbuch die Dauer Schwangerschaft in der oberen Grenze mit 302 Tagen gesetzt worden ist, unterwirft Verf. diese wichtige Frage Untersuchung von neuen Gesichtspunkten, nachdem er bisherigen Ansichten aus der Literatur zusammengestellt hat.

v. Winckel suchte bei den ungewöhnlich schweren und grossen Kindern die Schwangerschaftsdauer zu berechnen und diese mit der mittleren Dauer aller ausgetragenen Kinder mittleren Gewichts zu vergleichen.

Er kann nach seinen vielfachen Beweismitteln nicht mehr daran zweifeln, dass man Spätgeburten annehmen muss bei Kindern, die 4000,0 und darüber wiegen. Die Frequenz dieser Letzteren beträgt 3,15 pCt. Unter ihnen kommen 14,5 pCt. nach einem intrauterinen Dasein von 302 Tagen zur Welt. Die untere Grenze der Tragung so schwerer Kinder beträgt 240, die obere 336 Tage.

Dass die Gesetzbücher also im Unrecht sind, wenn sie schematisch eine feste Zahl für die Schwangerschaftsdauer ansetzen, ist damit bewiesen. Man muss zur Entscheidung dieser Frage in strittigen Fällen vielmehr eine ganze grosse Reihe von Gesichtspunkten in Betracht ziehen, von denen Verfasser 17 aufzählt: Konstitution und Habitus der Gravida; Alter und Zahl der Geburt; Geburten der Mutter und Schwestern; Grösse und Beckenverhältnisse; Zeit des Eintrittes der ersten Menses; Wiederkehr, Dauer, Stärke, Typus derselben; frühere Geburten; letzte Menses (Dauer und Stärke 1 Tag); Kohabitation bezw. Konzeption; Tag der ersten Kindsbewegung; Zeit des Wehenanfangs; Stunde der Niederkunft; Placenta-Grösse und Gewicht; Kind (Geschlecht, Länge, Gewicht, Frontooccipitalperipherie, Haut, Nabelschnur); Verlauf der Niederkunft (Dauer, Anomalien, Kunsthilfe). Schwarze.

Zwei Fälle von Bauchdeckenhaematom in der Schwangerschaft.

Von Stoeckel.
(Centralbl. f. Gyn. No. 10. 1901.)

Die Blutungen sassen in der Rektusscheide, wo sie grosse nschriebene Geschwülste bildeten. Sie traten etwa 8 Tage or der Entbindung auf und bilden dadurch grosse Seltenaiten, dass jede ursächliche äussere Veranlassung fehlte, also peziell jedes Trauma, was gerichtsärztlich von Wichtigkeit ist.

Schwarze.

Ein Fremdkörper als Geburtshinderniss.

Von Dr. Czarnecki-Gnesen.
(Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 23.)

Ein höchst merkwürdiger und interessanter Fall. Eine etzt 27 Jahre alte Frau hat sich angeblich als zwölfjähriges Schulmädchen, erschreckt über das erste Auftreten des Monatsflusses, eine Blechbüchse von 10 cm Durchmesser und 4 cm Höhe, die sie vordem zum Aufheben von Stahlfedern benützte, in die Scheide praktizirt, um eine weitere Blutung zu verhüten. Später ist es ihr nicht gelungen, die Büchse herauszubekommen, sie konnte sie aber in der Scheide fühlen. Beschwerden hatte sie ausser einem unbedeutenden Ausfluss nicht, sie fragte auch keinen Menschen um Rath und sagte auch, als sie mit 25 Jahren heirathete, dem Ehemann kein Wort. Er merkte bei der Ausübung des Beischlafs nichts von dem Fremdkörper.

Im ersten Jahre der Ehe hatte sie eine Fehlgeburt. Danach verschwand plötzlich die Büchse aus der Scheide. Herausgefallen war sie sicher nicht. Dann wurde die Frau wieder schwanger und trug aus.

Zur Entbindung wurde Verf. gerufen. Der Ehemann theilte ihm die Existenz des Fremdkörpers, von der er selbst eben erst erfahren hatte, mit. Verf. fand die Blase gesprungen, den Muttermund aber erst zweimarkstückgross erweitert. Zwischen Kindeskopf und Muttermund lag richtig die Blechbüchse, die mit grosser Mühe herausbefördert werden konnte und auffällig gut erhalten war.

Trotz der Entfernung des Hindernisses ging die Geburt nicht vorwärts. Die Untersuchung ergab zwei straffe Narben an der unteren Muttermundslippe, die den Muttermund hinderten, sich genügend zu erweitern. Nach Durchtrennung der Narben öffnete sich der Muttermund. Der weitere Geburtsverlauf bot noch zur Anwendung der Zange Anlass, bietet aber sonst nichts Bemerkenswerthes.

Verf. ist überzeugt, dass bei Gelegenheit der Fehlgeburt die Büchse in den eröffneten Mutterhalskanal geschlüpft ist, und dass hierbei der äussere Muttermund Wunden erhalten hat, die zur Narbenbildung geführt haben.

Das beschwerdelose Ertragen eines derartigen Fremdkörpers durch so viele Jahre, theils in der Scheide, theils in der Gebärmutter, ist sicher eine Seltenheit ersten Ranges.

Zur instrumentellen Perforation des Uterus.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Prag
von Dr. Ferdinand Schenk, Assistent der Klinik.
(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 22.)

An der Hand von Beobachtungen anderer Autoren und einem Falle der Prager Klinik wird die Möglichkeit bewiesen, dass Curetten, Sonden und Katheter, die in den Uterus eingeführt werden, ohne jede Anwendung von Gewalt, ja selbst ohne dass der führenden Hand das Gefühl eines Widerstandes bemerkbar wird, durch die Uteruswand in die freie Bauchhöhle vordringen können und dass die Möglichkeit zu derartigen Perforationen nicht nur durch Atrophie, Anämie oder Tuberkulose verursacht sein kann, sondern dass in einzelnen Fällen sehr häufige Geburten und kurz vor dem Eingriff vorhergegangene Menstruation zu einer Auflockerung der Uteruswandung führen müssten, die die leichte Durchdringbarbeit zur Folge hat. (Hieraus ergiebt sich für die Praxis diejenige Anschauung, die Professor L. Landau im vorigen Jahre an der Hand zweier gutachtlicher Fälle in dieser Zeitschrift ausgesprochen hat. Red.)

Seelhorst.

Ein Beitrag zum Kapitel Menstruatio vicaria.

Von Dr. Bünting-Voehl.
(Deutsche med. Wochenschr. 1901, No. 23.)

Eine erblich nicht ganz unbelastete, aber, wie Verf. auf Grund genauer Bekanntschaft versichert, durchaus nicht hysterische und körperlich ungewöhnlich tüchtige Dame fing kurz nach einem Vergnügungsaufenthalt an der Nordsee an, Blut zu husten. Das Blut soll hell, unvermischt und dünnflüssig gewesen sein. Weitere Beschwerden bestanden nicht. Eine bekannte Autorität fand die Lungen gesund. Die Blutung hörte bald auf. Im nächsten Jahre trat genau im selben Monat eine gleichartige Blutung auf.

Neun Jahre später, zur Zeit, als die Menstruation erwartet wurde, fand sich plötzlich, nachdem die Dame „Dinge durchgemacht hatte, die erfahrungsgemäss auf das Nervensystem des weiblichen Organismus schwächend einwirken“, der Harn stark blutig gefärbt und mikroskopisch eng mit Blut gemischt. Die Blutung hielt, während die Temperatur nicht über 37,8 stieg, 3 Tage an, dann, nach kurzer Pause, trat die Periode ein, die nur etwas schwächer als gewöhnlich war.

Verf. erklärt, auf dem Standpunkt zu stehen, dass alle drei Mal die Blutungen wahrscheinlich eine vicariirende Menstruation dargestellt haben. Jeglicher näheren Beweisführung für diese doch immerhin ungewöhnliche Auffassung enthält er sich.

Augen.

Ein Beitrag zur Lehre von der Aetiologie, Pathologie und Therapie der Diphtheritis conjunctivae.

Von Professor Dr. A. Vossius.
(Deutsche Praxis 1901. Heft 22.)

Die Diphtheritis der Conjunktiva tritt unter zwei verschiedenen Formen auf, nämlich als eigentliche Diphteritis mit Einlagerung von Fasterstoffmassen in das Gewebe der Bindehaut und als Conjunctivitis crouposa seu membranacea, bei welcher die Membranen der hyperaemischen Conjunctiva nur aufgelagert sind und sich abziehen oder abwischen lassen. Beide Formen können durch den Loefflerschen Diphteriebacillus verursacht sein. Manchmal fehlt das Stadium der Membranbildung vollständig oder ist von sehr kurzer Dauer, so dass eine eitrige, der Blennorrhoe ähnliche Conjunctivitis entsteht. Bei der Bindehautdiphterie hat die Behandlung mit Behring'schem Heilserum sehr günstige Erfolge aufzuweisen. Das klinische Bild der diphteritischen und der croupösen Conjunktivitis kann auch durch eine Streptokokkeninfektion zu Stande kommen. Derartige Fälle sind u. A. von Uhthoff und dem Verfasser beobachtet worden, sie führen ebenso wie die echte Diphteritis zuweilen durch Erkrankung der Hornhaut zum Verluste eines oder beider Augen. Da zum sicheren Nachweise der Loeffler'schen Diphteriebazillen stets die Anlage von Kulturen erforderlich ist, wodurch Zeit für die Behandlung verloren geht, so kann man in allen Fällen, welche klinisch als Bindehautdiphterie imponiren, Heilserum anwenden. Ein Schaden wird hierdurch niemals bedingt, zuweilen wirkt das Heilserum auch günstig bei der Streptokokken-

diphteritis. Eine örtliche Behandlung des Augenleidens ist natürlich ebenfalls erforderlich, ferner müssen derartige Kranke isolirt werden, um ihre Umgebung nicht zu infiziren.

Groenouw.

Hygiene.

Arbeiterschutzgesetzgebung und Gewerbeaufsicht (Allgemeine Gewerbehygiene).

Von E. Roth-Potsdam.

Aus dem Vortragscyklus über Arbeiterversicherung und Arbeiterschutzgesetzgebung in der Charité in Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1901. No. 17/18.)

Die Statistik beweist, dass auf die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer weder die wirthschaftliche Lage noch die Oertlichkeit einen so grossen Einfluss üben, als die Beschäftigungsart. Allerdings fehlt es vorläufig noch an genügend ausgedehnten, genügend scharf umgrenzten und zweckmässig ausgearbeiteten Statistiken der einzelnen Berufe.

Die im Deutschen Reiche bestehende Gewerbefreiheit hindert nicht, dass die Art der Ausübung der Gewerbe durch Landesgesetze und Polizeiverordnungen beschränkt wird. Gewisse Beschränkungen sind schon in der Gewerbeordnung selbst ausgesprochen. So bestimmt § 16 die Konzessionspflicht derjenigen Betriebe, welche für die Anwohner oder das Publikum überhaupt erhebliche Nachtheile, Gefahren oder Belästigungen herbeiführen können. Die §§ 120a bis 120e geben Hinweise darauf, in welcher Richtung die Unternehmer verpflichtet sind, die Arbeiter gegen Gefahr für Leben und Gesundheit zu schützen. § 135 und die folgenden sehen einen besonderen Schutz der jugendlichen und der weiblichen Arbeiter vor. Im Anschluss hieran bespricht Verf. in Kurzem die zahlreichen Verordnungen des Bundesraths und der Landesbehörden, die sich auf den Arbeiterschutz in einzelnen Betrieben beziehen.

Sodann geht er zu den Aufgaben der allgemeinen Gewerbehygiene über. Die gewerblichen Anlagen im Allgemeinen bedürfen einer Beaufsichtigung, welche besonderen Beamten übertragen ist. Diese Gewerbe-Aufsichtsbeamten müssen jedoch mit den Medizinalbeamten zusammen wirken, wenn die im gesundheitlichen Interesse der Arbeiter gestellten Forderungen erfüllt werden sollen. Für eine Reihe gefährlicher Betriebe ist eine ärztliche Untersuchung vor Beginn der Beschäftigung, für einige sogar eine periodische Untersuchung der Arbeiter, ja, zum Theil eine dauernde amtsärztliche Ueberwachung geboten. In gewissen Betrieben ist die bisher nur für Wenige durchgeführte Festsetzung eines Maximalarbeitstages aus gesundheitlichen Gründen geboten.

Zur Verhütung der Betriebsgefahren, zum Betriebsschutze, rechnet, wenn man von den besonderen Gefahren der verschiedenen Betriebe absieht, zunächst die Sicherung eines genügenden Luftraumes und Luftwechsels für jeden Arbeiter. Ferner muss für ausreichende Licht- und Wärmezufuhr, für zweckmässige Abortanlagen und für Reinhaltuung der Betriebsstätten gesorgt werden.

Unter den als „Verwendungsschutz" bezeichneten Massnahmen gegen die ungeeignete Verwendung der einzelnen Arbeiter sind die wichtigsten: die noch in ausgedehnterem Masse als bisher durchzuführende Verhütung der Ueberanstrengung bei jugendlichen Arbeitern, die Fernhaltung der Wöchnerinnen und bedingungsweise auch der hochschwangeren Frauen, besondere Berücksichtigung der verheiratheten Frauen, thunlichste Einschränkung der Ueberstundenarbeit und regelmässiger Wechsel in besonders gefährlichen Betrieben.

Nach einigen kürzeren Bemerkungen über Unfallversicherung, -Statistik und -Verhütung bespricht Verfasser noch die Gefahren und Belästigungen der Anwohner durch gewerbliche Betriebe. Hiervon sind die wichtigsten die V[...] reinigungen des Untergrunds und der Wasserläufe. Es [...] verlangen, dass den Flüssen die Abwässer und festen Ab[...] der Fabriken nicht eher überantwortet werden, als bis [...] zweckmässiger Weise von schädlichen Stoffen gereinigt [...] Die Regelung dieser Verhältnisse ist durch die sich w[...] streitenden Interessen der verschiedenen Erwerbszweige [...] der öffentlichen Gesundheitspflege sehr erschwert. Im [...] falle werden sich im Genehmigungsverfahren manche [...] stände abwenden lassen. Auch wird hoffentlich die [...] staatliche Prüfungsanstalt für Abwässer-Reinigung und W[...] versorgung zur Lösung der Frage der Fabrikabwässer [...] beitragen. Zur Verhütung der in unseren grossen St[...] besonders argen Belästigung durch Russ und Rauch emp[...] sich die Schaffung von Einrichtungen zur Rauchverzehr[...] Erhöhung der Schornsteine, Vergrösserung der Heiz[...] Verwendung geeigneten Brennmaterials, sorgsame War[...] der Feuerungsanlage und insbesondere auch das Waschen [...] Rauchgase.

Eine Gesundheitsschädigung im Gegensatz zur bl[...] Belästigung durch Verunreinigen der Luft liegt nach ei[...] Urtheil des Oberverwaltungsgerichts dann vor, wenn die [...] Luft häufig so verunreinigt wird, dass man gezwungen [...] sich dagegen abzuschliessen.

Zu berücksichtigen sind endlich starke aufdringliche [...] räusche, deren Wirkung auf nervöse Personen bei der [...] breitung dieses Zustandes besonders in Betracht gez[...] werden muss.

Alles in allem kann den Gefahren der gewerblichen [...] triebe nur dann begegnet werden, wenn die Aerzte an [...] Lösung der Frage thätigen Antheil nehmen.

Die Milchfrage und die Milchsterilisirung.

Von Dr. Lasarew.

(Wratsch 1901, No. 9.)

L. thut zunächst dar, dass die künstliche Ernährung [...] der hervorragendsten Ursachen der Kindersterblichkeit ist. [...] die Mutterbrust gewöhnlich durch Kuhmilch ersetzt wird. [...] ist die Erforschung der Eigenschaften dieser letzteren, sow[...] auch die zweckmässige Gewinnung und Expedirung derselb[...] von ausserordentlicher Wichtigkeit. Die käufliche Kuhmilch ist in äusserstem Grade verunreinigt, so dass weder die v[...] der Chemie, noch die von der Bakteriologie anempfohlenen Massregeln zureichend sind, um sie für den Säugling vol[...] kommen geeignet zu machen. Die chemische Schule hat eine Reihe von Massnahmen hervorgebracht, die bezwecken, die Zusammensetzung der Kuhmilch der der Frauenmilch zu nähern. Es wäre aber verfrüht und auch zwecklos, jetzt schon über die Vor- bezw. Nachtheile der einzelnen Verfahren endgiltig urtheilen zu wollen, und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Milch, mit der die von der Chemie angegebene Modifikation vorgenommen werden soll, bei Weitem nicht tadellos ist. Was die bakteriologische Schule betrifft, die das Hauptübel in der Verunreinigung der Milch mit pathogenen und eitererregenden Mikroorganismen erblickt, so waren deren Bestrebungen stets nicht darauf gerichtet, um von vorn herein eine sterile Milch zu gewinnen, sondern um die Milch mittels künstlicher Erhitzung steril zu machen. Die Milchsterilisirung nach Soxhlet sollte den Anforderungen der Bakteriologie entsprechen: Es wollte scheinen, dass schliesslich ein tadelloses Verfahren zur künstlichen Ernährung von Säuglingen gefunden ist. Man vergass sogar die chemischen Unterschiede, die zwischen der Kuhmilch und der Frauenmilch bestehen und selbst durch die höchsten Temperaturen nicht beseitigt werden können. Jedoch haben genaue zahlreiche, in den verschiedenen Ländern aus-

ihrte Untersuchungen mit absoluter Sicherheit ergeben, s es kaum ein Nahrungsmittel giebt, dass dermassen vereinigt wäre, wie die käufliche Milch. Die letztere enthält it nur Unmengen verschiedenartiger Mikroorganismen, sonn auch Schmutz, Koth etc. Unter diesen Umständen kann Sterilisation mittels hoher Temperaturen wohl einer evenllen Typhus-, Diphtherie-, Scharlacherkrankung etc. vorigen bezw. die eventuell in der Milch enthaltenen Tuberkelzillen abtöten, jedoch keineswegs das Gift vernichten, das der Milch tuberkulöser Kühe enthalten ist und allgemeine 'skrasie hervorruft. Desgleichen ist die Sterilisirung den oren der anäroben und peptonisirenden Bakterien gegenüber, e in hohem Maasse toxische Eigenschaften besitzen, vollstäng unwirksam; es bleiben also gerade diejenigen Parasiten n Leben, die in so hohem Masse die Entstehung von Magenirmerkrankungen verursachen. Die Sterilisirung mittels hoher emperaturen vermag also die uns gegenwärtig zur Verfügung ehende Kuhmilch keineswegs unschädlich zu machen; dagegen irkt sie auf die Milch schädigend, indem sie deren Zusammenetzung und Struktur alterirt; sie verringert in der Milch den ehalt an löslichen Eiweisskörpern und führt zur Bildung von leinen Gerinnseln aus dem in der Milch enthaltenen Kaseïn. usserdem erfahren die in der Milch enthaltenen Nukleine und ecitine, die für die regelmässige Entwickelung der im Wachshum begriffenen Individuen von grosser Wichtigkeit sind, eine wesentliche Alteration. Ferner ist Grund zur Annahme vorianden, dass die Sterilisirung der Milch den Bau der in derselben enthaltenen Fette sowohl, wie auch den des Zuckers verändert. Alle diese Thatsachen haben natürlich zu einer Ablehnung der Milchsterilisirung geführt, die besonders auf dem letzten internalen Kongresse zu Paris zum Ausdruck kam.

Die Gewinnung einer nicht verunreinigten Milch kann zuf zweifachem Wege erreicht werden: mittels entsprechender Aenderung der bestehenden Gesetze über Nahrungsmittel, entsprechend der gegenwärtigen wissenschaftlichen Anschauung, oder auf dem Wege der privaten Initiative. Im westlichen Europa und in den vereinigten Staaten von Nordamerika ist sowohl in der einen, wie auch in der anderen Beziehung bereits etwas geschehen. Seinerseits meint L., dass zur Lösung der Milchfrage von Seiten der Stadtverwaltungen unbedingt beigetragen werden müsse. Da die Stadtverwaltungen über wohl organisirte Sanitätskommissionen und chemische Laboratorien verfügen, so könnten sie leicht Musterwirthschaften errichten und dieselben nach den Lehren der Hygiene unter steter sanitätsärztlicher und veterinär-ärztlicher Ueberwachung unterhalten. Alles müsste darauf gerichtet sein, dass eine reine, gesunde, möglichst sterile Milch gewonnen werde, die dem Publikum zu Marktpreisen zugänglich wäre. Die Errichtung von städtischen Milchwirthschaften kann zweierlei Ausgang nehmen: Entweder würde die weitere Entwickelung des Unternehmens zu vollständiger Vereinigung des gesammten Milchwesens in behördlichen Händen führen, oder die städtischen Milchwirthschaften würden nur eine erzieherische und belehrende Wirkung haben, und dann könnte die Fortführung des Unternehmens in denselben Bahnen der privaten Initiative überlassen.

Zum Schluss stellt L. folgende Thesen auf:

1. Die Sterilisirung der Milch vermag keineswegs die Milchfrage zu lösen, weil sie, ohne das vorgesteckte Ziel zu erreichen, zu gleicher Zeit die physikalisch-chemischen Eigenschaften der Milch so wesentlich alterirt, dass die Tauglichkeit der letzten zur Ernährung von Säuglingen in Frage gestellt wird.

2. Die allgemeine sanitäre Gesetzgebung muss durch einen Paragraphen ergänzt werden, der die Untersuchung sämmtlicher Thiere, deren Milch in den Handel kommt, obligatorisch macht; das Nahrungsmittelgesetz muss durch einen Paragraphen ergänzt werden, der die Untersuchung der Marktmilch auch auf Schmutzgehalt und nicht nur auf Fettgehalt etc. obligatorisch macht.

3. Die städtischen Verwaltungen müssen je nach den lokalen Verhältnissen obligatorische Vorschriften über Instandhaltung der Milchwirthschaften und Ställe und über saubere Aufbewahrung und Expedirung der Milch erlassen; die Kühe müssen unter Kontrole der städtischen Thierärzte stehen, und zu diesem Zwecke müssen regelrechte Register der Milchwirthschaften und Kühe geführt werden. Die städtischen Verwaltungen müssen die Errichtung von hygienischen Musterwirthschaften selbst in die Hand nehmen. Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

30. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 10. bis 13. April 1901.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Küster (Marburg): Die Nierenchirurgie im 19. Jahrhundert.

Küster erinnert daran, dass die wissenschaftliche Begründung der Nierenchirurgie vor drei Jahrzehnten durch Simon, ein Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erfolgte.

Die grossen Fortschritte in diesem Spezialgebiete verdanken wir in erster Linie der verfeinerten Diagnostik. Erst die Cystoskopie und der Harnleiterkatheterismus ermöglichten es uns, in vielen Fällen, wo wir früher nur eine Erkrankung der Nieren feststellen konnten, heute genau anzugeben, welche Niere die kranke ist. Die operative Therapie ist heutzutage auch in der Nierenchirurgie konservativer geworden, wie sie zu Anfang war; wir hüten uns jetzt, eine arbeitsfähige Niere zu entfernen und selbst bei Erkrankung des Organes reseciren wir nur den kranken Theil, wenn es irgend möglich ist.

Was die Wanderniere betrifft, welche den Chirurgen von allen Nierenerkrankungen am häufigsten beschäftigt, so haben wir als ätiologisches Moment das akute oder chronische Trauma kennen gelernt. Wir exstirpiren die funktionirende Wanderniere nicht mehr, sondern fixiren sie nach der von Hahn angegebenen Methode und deren Modifikationen.

Bei akuten Traumen, die zu heftigen Nierenblutungen führten, machte Simon die Nephrektomie, jetzt führen wir die Naht des Nierenrisses und die Tamponade des Nierenbeckens aus. Wir entfernen das Organ nur noch, wenn das ganze Nierengewebe zerquetscht und zerrissen ist.

Bei eitrigen Prozessen, der Pyelonephritis, machen wir sowohl bei der primären, wie sekundären Eiterung ausgedehnte Spaltungen in das Nierenbecken hinein.

Bei Nierentuberkulose machen wir jetzt nur noch partielle Resektionen, wobei wir allerdings sehr sorgsam alles Kranke wegnehmen müssen. Die häufig zugleich tuberkulös erkrankte Blase partiell zu reseciren, empfiehlt K. nicht, weil es in der Regel gelingt, nach Resektion der erkrankten Niere die Blasentuberkulose ohne Operation zu heilen.

Bei der Steinniere ermöglicht uns heutzutage die Radiographie eine sichere Diagnose, zu ihrer Heilung wenden wir nur noch die Nephrotomie an.

Die Heilung der Sackniere sucht K. noch immer durch die Nephrotomie zu erzielen, trotz des Widerspruches, den er von anderer Seite gefunden hat. Da ätiologische Unter-

suchungen ergeben haben, dass die Sackniere in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durch Wanderniere erworben wird, ist die Nephropexie der letzteren die beste Prophylaxe gegen die Sackniere.

Bei Neubildungen der Niere ist eine gewisse Resignation eingekehrt, seitdem man beobachtet hat, dass gutartige Neubildungen oft in vielen Jahren keine wesentlichen Fortschritte machen, während bei bösartigen Geschwülsten die Operationsresultate dauernd schlechte sind.

Casper (Berlin): Fortschritte der Nierenchirurgie.

Die grosse Zahl von Misserfolgen bei Nierenoperationen ist wesentlich zurückgegangen, seitdem wir die Wegnahme der kranken Niere davon abhängig machen, dass die zurückbleibende Niere arbeitstüchtig genug sein muss, bei gesteigerter Thätigkeit die Funktion der exstirpirten Niere mit zu übernehmen. Wir können die Funktionstüchtigkeit der Nieren messen an ihrem Produkt. Die Untersuchung des gesondert aus jeder Niere aufgefangenen Urins hat sich in allen Fällen zu erstrecken: 1. auf die Stickstoffausscheidung in der Zeiteinheit, 2. auf die Höhe des Gefrierpunktes und 3. auf die prozentuarische Bestimmung des Zuckergehaltes nach Phloridizineinführung in den Körper. Der Gefrierpunkt ergiebt den molekulären Reichthum des Nierensekretes. Je funktionsuntüchtiger die Niere ist, desto tiefer liegt er, je arbeitstüchtiger, desto näher liegt er dem normalen Gefrierpunkte des Urins von 0,56 unterhalb dem des Wassers.

Die Einführung von 5 mg Phloridizin eine Stunde vor Katheterisation der zu untersuchenden Niere bewirkt durch seine Einwirkung auf eine gesunde Niere die Ausscheidung von Zucker. Je kranker die Niere, desto geringer ist die dann ausgeschiedene Zuckermenge, in den extremsten Fällen fehlt dann sogar jegliche Zuckerausscheidung.

Auf der gesunden Seite sind stets alle Werthe grösser, oft vielmals grösser, wie auf der kranken Seite.

Kümmel (Hamburg) hat seine Gefrierpunktsbestimmungen des Blutes und Urins fortgesetzt, so dass er jetzt im Ganzen 100 Untersuchungen ausgeführt hat. Durchschnittlich beträgt danach der Gefrierpunkt des Urins von einer gesunden Niere 0,56 gegen destillirtes Wasser, doch sind Schwankungen zwischen 0,55–0,57 noch als normal anzusehen. Zahlen über 0,58 zeigen schon eine Insufficienz der Niere an. Bei nicht kompensirten Herzfehlern ändern sich die Verhältnisse, dagegen bleiben sie selbst bei schweren Infektionskrankheiten, z. B. Typhus, unverändert.

Die Gefrierpunktbestimmung ist mit dem Beckmannschen Gefrierapparate eine ganz einfache.

Albers Schönberg (Hamburg): Demonstration von Nierensteinen durch Röntgenphotographie.

Die Misserfolge bei der Photographie von Nierensteinen mit Röntgenstrahlen beruhen darauf, dass die Röntgenstrahlen in der Luft und dem menschlichen Körper auseinander gehen, diffus werden und nur die Strahlen, welche direkt vom Spiegel ausgehen, senkrecht auffallen, so dass die photographische Platte verschleiert wird. Um dies zu verhüten, hat Schönberg, zwischen die Röntgenröhre und den menschlichen Körper, Bleiplatten mit kleinen Ausschnitten gelagert, sodass nach Einhüllung der Röntgenröhre bis auf die Stelle, welche dem Spiegel gegenüber liegt, nur senkrecht auffallende Strahlen den Nierenstein treffen konnten. Dadurch konnte er allerdings immer nur Stücke der betreffenden Niere, die 6–8 cm gross waren, photographieren, erhielt aber viel schärfere Bilder. Bei Anwendung weicher Röhren konnte er die Oxalutsteine in allen Fällen, fast immer auch die Phosphatsteine nachweisen.

Goldmann (Freiburg): Zur Behandlung der [Pro]statahypertrophie.

Goldmann hat gefunden, dass Harnretention bei alt[en] Leuten zuweilen nicht durch eine Prostatahypertrophie er[zeugt] wird, sondern dadurch, dass sich die vordere Blasen[wand] senkt, eine Art Klappenverschluss der inneren Harnr[öhren]mündung zu Stande kommt. In diesen Fällen hat er m[it Er]folg die Harnblase an die vordere Bauchwand angenäht.

v. Bruns und **Honsell** (Tübingen): Ueber die [Des]infektion infizirter Wunden.

Bruns ist nach langen Versuchen der Meinung, man [solle] nicht auf die Desinfektion infizirter Wunden mit chemi[schen] Mitteln ganz verzichten. Nachdem er die verschieden[sten] Körper ohne Erfolg durchgeprüft hat, erhielt er mit re[iner] Karbolsäure (96 %) die besten Resultate. Ihre Anwen[dung] macht keine Intoxikation und keine Schmerzhaftigkeit. [Die] bakterizide Kraft der Karbolsäure ist in eiweisshaltigen Flü[ssig]keiten viel grösser, wie die des Sublimates. Bruns str[eicht] 2–6 Gramm reiner Karbolsäure mit Wattebäuschchen [auf] und spült dann nach einer Minute mit absolutem Alk[ohol] nach.

Die Sekretion der infizirten Wunden soll nach der Karb[ol]säureanwendung sehr gering sein. Bruns liess die Verbä[nde] danach 3–4 Tage liegen. (Mylord hat bereits vor ei[nem] Jahr auf dem internationalen medizinischen Kongress [zu] Paris die reine Karbolsäure in derselben Weise empfo[hlen]. D. Ref.)

Alex Fränkel (Wien). Ueber Wundbehandlung n[ach] Operationen wegen lokaler Tuberkulose.

Bei der Operation tuberkulöser Prozesse bleibt nicht se[lten] etwas Krankhaftes zurück, wodurch die Regeneration des [Ge]webes beeinträchtigt wird. Man hat sich bei der Nach[be]handlung in diesen Fällen mit Vorliebe des Jodoforms be[dient], in der Annahme, dass es eine spezifische Wirkung a[uf das] tuberkulöse Gewebe ausübe. In der Regel wird aus [dem] Jodoform, bei nicht steriler Anwendung, Jod frei und k[ann] unter Umständen sogar eine Jodvergiftung eintreten: da[rauf] beruht aber die Wirkung des Jodoforms nicht; denn wenn m[an] mit nicht sterilisirtem indifferentem Pulver behandelt, da[nn] bekommt man in den Operationswunden nach Tuberkulo[se] ganz dieselben Veränderungen, es erzeugt Entzündung u[nd] Bindegewebsneubildung. Es handelt sich daher nicht um eine chemische, sondern mechanische Wirkung. F. hat deshalb ein ganzes Jahr, an Stelle des Jodoformpulvers, Lycopodium und gepulverte Knochenkohle verwendet, womit er genau die gleichen günstigen Resultate erzielte, wie vorher mit dem Jodoformpulver.

In der Diskussion tritt Küster (Marburg) warm für das Ferrum candens ein, weil er kein Mittel kennt, welches so sicher eine infizirte Wunde desinfizirt und vor drohender Sepsis schützt. Selbstverständlich muss es bei Chloroformnarkose angewendet werden.

König (Berlin) steht auf einem ganz anderen Standpunkt, ihm erscheint das Wichtigste die möglichst vollkommene Freilegung des kranken Herdes, dann geht bei Eiterungen der Prozess nie weiter. Bei der lokalen Tuberkulose bestehe der Fortschritt darin, dass wir sie vollständig exstirpiren. So mache er es bei Lungenabscessen, die von den Rippen ausgingen, so bei Kniegelenken, mit oder ohne Jodoform. Sein Prinzip sei, an eine aseptische Wunde kein Antiseptikum heran zu bringen.

Kocher (Bern): Ueber das 2. Tausend von Kropfexzisionen.

Kochers Verfahren ist dasselbe geblieben, wie früher, nur wendet er jetzt stets die Schleich'sche Cocainanaesthesie

Bei einfachen Strumen hatte er eine Mortalität von nur o, seine letzten 302 Operationen verliefen ohne Todesfall. den letzten 1000 Exzisionen einfacher Strumen trat nur nal ein Rezidiv auf. Bei 25 Exzisionen, wegen maligner umen, hatte er 8 Todesfälle.

Ausführlich berichtet K. dann über die Struma pro- nda oder intrathoracica, bei welcher am Halse von der ·uma überhaupt nichts zu sehen ist. Träger solcher Strumen den oft an asthmatischer, nicht kontinuirlicher Dyspnoe, die ; auf Bronchitis und Herzstörungen bezogen wird, weil diese örungen thatsächlich vorhanden sind, sich aber erst sekun- r, als Folge des Kropfes, ausbilden. Eine spezielle Form ·r Struma intrathoracica, ist die mediastinale Struma, mit :scheinungen, wie die eines mediastinalen Tumors, mit arker Varizenbildung über dem Sternum, mit einem Komplex ›n Symptomen, der als Pseudobasedow bezeichnet werden ann.

Wenn die Struma profunda beweglich ist, wird sie oft urch starke Hustenstösse nach dem Halse hinaufgeschnellt nd dann dort sichtbar. Durch eine derartige Beweglichkeit st die Exstirpation derselben stets sehr viel leichter.

Bei der unbeweglichen Struma profunda sind von Wich- igkeit für die Diagnose, die unverhältnissmässig grosse Dys- ›noe, etwa auftretende Paralyse des Rekurrens und des Sympathikus, die Ergebnisse der Perkussion und Röntgen- bilder. Oft gelingt es, durch letztere, indem man bei ruhigem Athmen und bei starken Hustenstössen photographiren lässt, die Verschieblichkeit des Tumors im Brustkorb nachzuweisen.

Bezüglich der nichtoperativen Behandlung der Struma empfiehlt K. vor Allem das Jodkali, dessen Wirkung früher allgemein anerkannt gewesen sei, das zwar unter Umständen auch Jodismus erzeuge, nie aber in der schweren Form, wie die Schilddrüsenpräparate es zuweilen thun. Bei Morbus Basedowii empfiehlt er, auf Grund besonderer Studien seines Sohnes, die Anwendung von phosphorsaurem Natrium in einer Tagesdosis von 6 bis 8 Gramm.

Barth-Danzig: Operative Behandlung der eiterigen Meningitis. Ein Mann hatte am 24. Dezember vorigen Jahres einen Messerstich in die rechte Seite des Rückens, neben dem 9. Brustwirbel, erhalten. Bei seiner Aufnahme bestand nur eine leichte Schwäche im linken Bein. Nach 7 Tagen trat Fieber auf, die Wunde eiterte. Dann trat Meningitis auf, Kopfschmerz, Erbrechen, Opisthotonus. Eine Spinalpunktion ergab eine trübe Flüssigkeit, welche Eiterkokken enthielt. Die Wunde wurde eröffnet und ein extraduraler Herd im Wirbelkanal freigelegt. Es entleerte sich dabei etwas Cerebrospinalflüssigkeit. Zunächst trat eine Remission des Fiebers auf, nach zwei Tagen stellte sich aber wieder Fieber ein. Eine zweite Spinalpunktion ergab einen Tropfen Eiter. Es wurde deshalb zwischen dem zweiten und dritten Lumbalwirbel der Duralsack breit freigelegt. Dann wurde in den Duralsack nach oben und unten ein Drain eingeführt. Zuerst trat in Folge des Druckes auf das Rückenmark eine vollständige Lähmung beider Beine sowie der Blase und des Mastdarms ein. Mit dem Versiegen der Eiterung wurden die Drains entfernt und die Lähmungserscheinungen gingen langsam zurück. Jetzt bewegt sich der Patient wieder ganz frei. Es besteht nur noch eine Schwäche im linken Beine und eine kleine sensible Störung im rechten. Ferner eine geringe Schwäche im Detrusor vesicae.

Reinbach-Breslau: Zur Histologie menschlicher Wundgranulationen. Zweck der Untersuchungen Reinbachs war, den anatomischen Unterschied festzustellen, der zwischen der pathologischen Wundgranulation und der normalen besteht. Die Bindegewebsbildung kommt nach seinen Untersuchungen nur auf zwei Arten zu Stande, durch Wucherung der Endothelien und durch Wucherung der Bindegewebszellen. Das entzündliche Exsudat entsteht durch die Thätigkeit der Endothelien. Die Leukocyten sind Nährmaterial für die Bindegewebsbildner. Bei normaler Wundgranulation bestehen junge Wucherungen von jungem Bindegewebe von der Tiefe bis zur Oberfläche. Bei der pathologischen Wundgranulation überwiegt das flüssige Exsudat, es besteht nur eine oberflächliche zellreiche Schicht und keine zusammenhängende Bindegewebsneubildung. Stabel.

(Schluss folgt.)

Bericht über die 2. Generalversammlung des Vereins württembergischer Bahnärzte

in Stuttgart am 20. Mai 1901.

Am 20. Mai d. Js. hielt der Verein württembergischer Bahnärzte seine Jahresversammlung in Stuttgart ab. An Gästen erschienen von der kgl. württ. Generaldirektion Direktor v. Majer, ferner der Vorstand der Eisenbahnbetriebskasse, Obermaschinenmeister Beyerle, der Vorstand des ärztlichen Landesausschusses, Hofrath Dr. Deahna, der Vorstand des ärztlichen Bezirksvereins Stuttgart, Dr. Hammer, und der Vorsitzende des Vereins der badischen Bahnärzte, Bezirksarzt Dr. Blume-Philippsburg. Oberbürgermeister Gauss war dienstlich am Erscheinen verhindert. 48 Bahnärzte betheiligten sich an der Versammlung.

Die Versammlung wurde um $^{3}/_{4}$11 Uhr durch den Vorsitzenden des Vereins, Dr. Beck-Mengen, mit der Begrüssung der Gäste und einem allgemeinen Hinweis auf die Ziele der bahnärztlichen Vereine eröffnet. Direktor v. Majer übermittelte die Grüsse Staatsraths v. Balz, der selbst am Erscheinen verhindert war, wobei er hinzufügte, dass nach seiner Ansicht das Institut der Bahnärzte trotz gegentheiliger Bestrebungen von anderer Seite sich auf der bisherigen Grundlage entwickeln werde. Nach Vortrag des Jahres- und Kassenberichtes durch den Schriftführer des Vereins, Dr. Prinzing-Ulm, gab Sanitätsrath Dr. Fauser-Stuttgart eine Uebersicht über die hauptsächlichsten psychiatrischen Krankheitstypen, wobei er die Eintheilung Kräpelins zu Grunde legte. Redner führte aus, dass eine Gruppirung der Geisteskrankheiten nach einem einheitlichen Eintheilungsprinzip nicht möglich sei, und dass sie daher nach verschiedenen Gesichtspunkten (anatomischen, ätiologischen, symptomatologischen) gebildet werden müsse. Bezüglich der traumatischen oder Schreckneurose führt F. aus, dass der Ausdruck nicht gut gewählt sei, da es sich dabei um verschiedene Arten von Neurosen handle, dass der Grund derselben nicht allein im Unfall, sondern auch in der Unfallversicherung liege und dass bei den meisten davon Befallenen eine nervöse Grundlage vorhanden sei. Dr. Prinzing-Ulm sprach über den Nachweis der Befähigung zum Eisenbahndienst bei den einzelnen deutschen Verwaltungen, in Oesterreich und in England. Er ist für Einführung eines einheitlichen Formulars bei den deutschen Bahnverwaltungen und glaubt, dass es besser sei, Instruktion und Formular zu trennen, um die Uebersichtlichkeit des Formulars zu wahren. Der Vorschlag soll der Generaldirektion unterbreitet werden.

Dr. Beck-Mengen berichtet über die Versammlung des Ausschusses der deutschen Bahnärzte am 12. und 13. April d. Js. in Berlin. Da darüber in dieser Zeitschrift referirt ist, sehen wir von einer Wiedergabe des Berichtes ab. Dr. Fischer-Biberach sprach über die Ergebnisse einer Umfrage bei den Mitgliedern des Vereins über die Inanspruchnahme der Bahnärzte seitens der Angehörigen der Mitglieder der Eisenbahnbetriebskrankenkasse und ihr Verhältniss zu der hierfür gewährten Gehaltszulage. Ueber ungerechtfertigte Inanspruch-

nahme wird im Allgemeinen nicht geklagt, dagegen ist die Arbeitsvermehrung durch die Familienmitglieder eine sehr hohe, was besonders auf dem Lande schwer ins Gewicht fällt. Fischer befürwortet daher eine Ausdehnung der Gewährung von Freikarten auf die Angehörigen der Kassenmitglieder und eine Erhöhung der Gehaltszulage für jedes verheirathete, ausserhalb des Sitzes des Bahnarztes wohnende Kassenmitglied.

Der Antrag Dr. Becks, entsprechend den Vorschlägen Zeitlmanns-München betreffs einer Morbiditätsstatistik der Bahnbediensteten in ganz Deutschland — eine solche auch bei der kgl. württ. Generaldirektion zu beantragen, wird einstimmig angenommen.

Ueber die Eingabe des Stuttgarter Vereins für freie Arztwahl an den württembergischen Landtag betreffs Einführung derselben für die Bahnbediensteten giebt Dr. Beck-Mengen einen eingehenden Bericht. Er führt aus, dass es sonderbar sei, dass der Stuttgarter Verein sich auch wegen der Eisenbahnbetriebskrankenkasse an den Landtag gewandt habe, der doch hier so wenig wie bei einer anderen Fabrikbetriebskrankenkasse mitzusprechen habe. Uebrigens habe die Generalversammlung der Eisenbahnbetriebskrankenkasse den Antrag auf freie Arztwahl abgelehnt. Der Ausschuss des württembergischen Bahnärztevereins hat sich mit einer Erwiderung der Eingabe an die Generaldirektion und an den ärztlichen Landesausschuss gewandt, worin auf verschiedene grobe Unrichtigkeiten in der Eingabe hingewiesen und unter Anderem ausgeführt wurde, dass der bahnärztliche Dienst eine feste Organisation sei, die sich nicht, ohne erhebliche Lücken zu lassen, aus dem Eisenbahnbetrieb herausschälen lässt, und dass er ein nothwendiges Glied in der ganzen Kette von Einrichtungen sei, die zur Betriebssicherheit der Eisenbahnen dienen. Für sehr bedauerlich erklärte der Ausschuss die lebhafte Agitation des Stuttgarter Vereins in der Oeffentlichkeit und sogar in den kleinsten politischen Tagesblättern. Der ärztliche Landesausschuss schloss sich in seiner Sitzung vom 12. Mai d. J. der Eingabe nicht an und hielt nur die Einführung der freien Arztwahl bei der Eisenbahnbetriebskasse für wünschenswerth. Dr. Bauer-Stuttgart führt an, dass durchaus nicht der ganze Verein für freie Arztwahl in Stuttgart geschlossen hinter der Eingabe an den Landtag stehe. Bezüglich des stets hervorgehobenen angeblichen „Uebelstands", dass der bei Unglücksfällen gerufene nächste Arzt nicht honorirt werde, bemerkt Direktor v. Majer, es bestehe die Uebung, dass, wenn Aerzte bei Unfällen durch einen Beamten gerufen werden, sie auch honorirt werden und dass bei Unfällen der nächste Arzt gerufen werden solle. Es wurde folgende, vom Sanitätsrath Dr. Fauser-Stuttgart vorgeschlagene Resolution angenommen:

„Der Verein württembergischer Bahnärzte erblickt in der Einführung der freien Arztwahl ein wirksames Mittel, um vielfach noch herrschende unwürdige Zustände bei den Krankenkassen zu beseitigen und die berechtigten Interessen des ärztlichen Standes in ideeller und ökonomischer Hinsicht zu wahren. Der Verein hält aber vom Standpunkt der Aerzte aus die auf freie Arztwahl gerichteten Bestrebungen da für gegenstandslos, wo — wie dies bei der Königl. Eisenbahnverwaltung der Fall ist — jene Interessen bereits in genügendem Masse gewahrt sind. Der Verein vermag deshalb von der seitens einzelner wirthschaftlichen ärztlichen Vereinigungen in letzter Zeit in Scene gesetzten Agitation zur Einführung der freien Arztwahl bei den Angestellten und Bediensteten der Königl. Eisenbahnverwaltung keine Förderung berechtigter materieller Interessen und noch weniger des Ansehens des ärztlichen Standes zu erwarten. Die württembergischen Bahnärzte erklären sich aber gerne bereit, den Wünschen der Angestellten und Bedien[steten] in Bezug auf den bahnärztlichen Beruf, sofern denselb[en] [ob]jektive oder psychologisch berechtigte Bedürfnisse zu [Grunde] liegen, im Verein mit der Königl. Eisenbahnverwaltung [mög]lichst entgegenzukommen."

Als derartige Wünsche der Bediensteten wurden be[i der] Diskussion genannt: Zulassung und Bezahlung anderer Ä[rzte] bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen, die Ge[wäh]rung spezialistischer Hilfe und Ermöglichung der Berat[ung in] schweren Krankheitsfällen mit anderen Bahnärzten. Din[ge, die] bisher von Fall zu Fall geregelt wurden. Es wurde [be]schlossen, bei der Königl. württembergischen Generaldire[ktion] zu beantragen, diese Punkte zu prüfen und im Falle, das[s sie] Beifall finden, sie durch eine allgemeine Verordnung zu re[geln].

Hinsichtlich der Frage, wie sich die Generaldirektio[n bei] einer Verletzung oder beim Tode des Bahnarztes im D[ienst] verhalte, ob etwa eine Versicherung desshalb einzugehe[n sei,] wird beschlossen, dies einer späteren Versammlung v[orzu]legen.

Bezüglich der fraglichen Ansprüche des Bahnarztes [bei] Verletzungen eines Angestellten durch Schuld eines Dr[itten] bemerkt Direktor von Majer, dass dies eine juristische F[rage] sei und dass die Bahnverwaltung keinen Ersatz der K[osten] über die Zeit der Dienstunfähigkeit des Verletzten be[an]spruchen könne, Fischer-Biberach sagt, die Bezahlung [des] Bahnarztes könne in diesem Falle nur durch Civilklage sei[tens] des Verletzten gegen den Thäter eingebracht werden.

Ferner wird beschlossen, an die Königl. württemberg[ische] Generaldirektion die Bitte zu richten, die einmal im Jahr [ge]währte Freifahrt möchte auf dieselben Staaten wie in Ba[yern] ausgedehnt werden.

Bauer-Stuttgart fordert zum Beitritt in die „Vers[iche]rungskasse für die Aerzte Deutschlands" auf. Für den [Dele]girten zu den Ausschusssitzungen des Verbands deu[tscher] Bahnärzte wird für die Zeit der nothwendigen Abwese[nheit] von Hause ein Taggeld von 25 Mark ausgesetzt. Der bisher[ige] Ausschuss wurde auf drei Jahre wiedergewählt; zum Ort [der] nächsten Versammlung wird Freudenstadt bestimmt.

Nach der Sitzung, die um 3 Uhr geschlossen wurde, fa[nd] in der Bahnhofrestauration ein gemeinschaftliches Essen sta[tt,] an welchem sich viele Damen der Kollegen betheiligten.

Dr. Fr. Prinzing-Ulm.

Gerichtliche Entscheidungen.

Irriges Schätzungsprinzip.

(Rek.-Entsch. vom 21. Dezember 1900.)

Der Kutscher F. T. erlitt am 20. Februar 1899 einen komplizirten Bruch des linken Unterschenkels, in Folge dessen ihm eine Rente für 75 Prozent Erwerbsunfähigkeit zugebilligt wurde. Vom 30. September bis zum 4. November 1899 wurde T. in der Heilanstalt des Dr. W. zu D. einer medico-mechanischen Behandlung unterzogen. Da der Arzt den Zustand des T. bei der Entlassung für wesentlich gebessert erachtete, setzte die Berufsgenossenschaft die Rente, der Schätzung des Arztes entsprechend, durch Bescheid vom 1. November 1899 auf 40 Prozent herab. Gegen diesen Bescheid hat T. rechtzeitig Berufung eingelegt mit dem Antrage, den Bescheid aufzuheben und ihm die volle Rente zu gewähren, da er in Folge des Unfalles vollständig arbeitsunfähig sei: Seitens des Schiedsgerichtsvorsitzenden ist von dem Kreisphysikus Dr. E. ein Gutachten über den Zustand des Klägers und den Grad seiner Erwerbsunfähigkeit eingeholt worden. Das Schiedsgericht verurtheilte alsdann die Berufsgenossenschaft, an den Verletzten eine Rente von 60 Prozent der Vollrente zu zahlen

machte geltend: Wenngleich der als Obergutachter zugeene Dr. E. übereinstimmend mit Dr. W. die Erwerbsberänkung des Klägers nicht höher als 40 Prozent ansieht, das Gericht doch nach dem persönlichen Eindruck des gers eine so grosse Besserung des Zustandes desselben ht annehmen können und hält den Kläger, der als Kutscher häufiges schnelles Einnehmen und Verlassen des Kuterssitzes angewiesen ist, zur Zeit noch um 60 Prozent seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt. Diese Entscheidung ht die Berufsgenossenschaft durch den Rekurs an und ırte aus, die Annahme des Schiedsgerichtes, dass der äger noch um 60 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit durch ıfallfolgen beeinträchtigt sei, entbehre der ausreichenden egründung; auf Grund der übereinstimmenden ärztlichen utachten sei vielmehr die Annahme des Bescheides vom . November 1899, dass nur noch eine Beeinträchtigung er Erwerbsfähigkeit in Höhe von 40 Prozent vorliege, durchus gerechtfertigt. Der Kläger hat die Zurückweisung des ekurses beantragt, da er als Kutscher durch das krumme und teife Bein, zumal er sich noch eines Stockes bedienen müsse, ıehr als andere Arbeiter in seiner Erwerbsthätigkeit behindert ei. Die frühere Annahme, dass der Kläger durch Folgen des Jnfalles vom 20. Februar 1899 in seiner Erwerbsfähigkeit um 5 Prozent beschränkt sei, gründet sich auf das Gutachten des Dr. H. in D. vom 27. Juni 1899, wonach der Kläger beim Gehen sich auf zwei Stöcke stützte und die Bruchstücke am oberen Ende des Schienbeins nur mangelhaft wieder verheilt waren, so dass sich noch eine geringe Beweglichkeit an der Bruchstelle nachweisen liess. Jetzt steht insbesondere durch das bedenkenfreie Gutachten des Kgl. Kreisphysikus Dr. E. in D. vom 2. März 1900 fest, dass der Gang des Klägers zwar etwas unbeholfen, jedoch ohne jede Unterstützung durch Stöcke u. s. w. möglich ist und dass das obere Schienbeinende und das obere Wadenbeinende durch kallöse Wucherungen mit einander und wahrscheinlich auch mit dem unteren Ende des Oberschenkelknochens verschmolzen sind. Die Erhöhung der Gehfähigkeit und das Schwinden der Beweglichkeit an der Bruchstelle sind unbedenklich als wesentliche Besserungen in dem bisherigen Zustande des Klägers anzusehen, welche die beklagte Berufsgenossenschaft zur Herabsetzung der dem Kläger bisher gewährten Rente von 75 Prozent der Vollrente berechtigen. Auch erscheint die Annahme zutreffend, dass der Kläger zur Zeit durch Unfallsfolgen nicht um mehr als 40 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Es besteht bei ihm eine säbelförmige Auswärtskrümmung des linken Beines und Steifheit des linken Kniees; dadurch wird Hinken und in Folge ungleicher Belastung der Beine ein schneller eintretendes Ermüdungsgefühl und damit ein vermehrtes Ruhebedürfniss bedingt. Der Kläger kann danach nicht nur im Sitzen, sondern, wenn auch in geringem Masse, im Stehen Arbeiten verschiedenster Art verrichten, und wenn unter diesen Umständen die Doktoren W. und E. übereinstimmend nur noch eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers in Höhe von 40 Prozent als vorliegend angenommen haben, so kann dieser Annahme seitens des Reichs-Versicherungsamtes beigetreten werden. Die Schätzung des Schiedsgerichtes, welches den Kläger noch um 60 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit für beschränkt erachtet, beruht zum grossen Theil auf der Erwägung, dass die Unfallsfolgen des Klägers in seiner bisherigen Thätigkeit als Kutscher besonders behinderten; es kommt jedoch nicht auf die Beeinträchtigung des Klägers in seiner bisherigen Erwerbsthätigkeit, sondern auf die Beeinträchtigung seiner allgemeinen Erwerbsfähigkeit auf den ganzen Arbeitsmärkten an und von diesem Gesichtspunkte aus erscheint die übereinstimmende Schätzung der Aerzte der Sachlage entsprechend. M.

Abweichung vom Obergutachten.

Rek.-Entscheidung vom 30. Januar 1901.

Der Spediteur M. hatte im Fuhrwerksbetriebe am 31. Juli 1897 durch einen Betriebsunfall eine Verletzung der Brust erlitten. Die Berufsgenossenschaft hatte dem Verletzten auch eine Rente zuerkannt. Seitens der Berufsgenossenschaft ist die von M. bisher nach 75 Prozent der Vollrente bezogene Unfallrente durch Bescheid vom 20. März 1900 auf Grund des Gutachtens des Dr. G. in A. vom 1. April 1900 ab auf 60 Prozent herabgesetzt worden. Hiergegen richtet sich die Berufung. Das Schiedsgericht sprach dem Kläger eine Rente von 75 Prozent wieder zu und machte u. A. geltend: Das Berufungsgericht hatte nach dem Gutachten, auf welches die Berufsgenossenschaft den angefochtenen Bescheid stützt, den Eintritt einer gewissen Besserung im Zustande des Klägers zwar anzuerkennen, vermochte sich aber nach dem persönlichen Eindrucke des im Termine erschienenen Klägers davon nicht zu überzeugen, dass diese Besserung eine wesentliche, die Rentenherabsetzung im Sinne von § 65 Abs. 1 des Unfallversicherunggesetzes rechtfertigende sei. Denn wie auch schon das mehrerwähnte Gutachten bestätigt, bestehen, auf der linken Lunge des Klägers namentlich, fortgesetzt noch erhebliche Veränderungen, welche die geklagte und vom Schiedsgericht aus eigener Anschauung wahrzunehmen gewesene starke Kurzathmigkeit erklären. Der Ernährungszustand des Klägers hat sich unzweifelhaft gehoben, auch ist der Auswurf geringer geworden, so lange aber jene Kurzathmigkeit besteht, die dem Kläger jede schwere Arbeit und jedes andauernde Gehen beziehentlich Steigen verbietet, vermag das Schiedsgericht nicht zu glauben, dass die beim Kläger verbliebene Erwerbsfähigkeit auf mehr als 25 Prozent zu bewerthen ist, da er höchstens leichte Arbeiten zu verrichten im Stande ist. Man darf sich auch durch das gute Aussehen des Klägers im Gesicht nicht täuschen lassen; seine Gesichtsfarbe ist zwar geröthet, diese Röthe ist aber keine normale, das Gesicht ist im Uebrigen weniger muskelreich als aufgedunsen, wie man dies bei Lungenkranken häufig findet. Vom Reichs-Versicherungsamt wurde ein Gutachten von Professor Dr. C. eingeholt, welcher sich für eine Dauerrente von 60 Prozent aussprach. Das Rekursgericht liess dem Verletzten aber dis Rente, welche ihm das Schiedsgericht bewilligt hatte, und führte u. A. aus: Die Herabsetzung der Rente von 75 Prozent würde nur dann gerechtfertigt sein, wenn nachgewiesen wäre, dass in den Verhältnissen, welche für die Festsetzung der Rente massgebend gewesen sind, eine wesentliche, mit einer Steigerung der Erwerbsfähigkeit des Klägers verbundene Veränderung eingetreten ist. Allein dieser Nachweis ist nicht geführt. Mag sich auch nach dem Gutachten des Dr. G. vom 12. März 1900 und des Professors Dr. C. vom 22. Dezember 1900, vom ärztlichen Standpunkt aus betrachtet, der Zustand des Klägers insofern gebessert haben, als sein Allgemeinbefinden sich gehoben hat und Husten, Auswurf sowie die katarrhalischen Erscheinungen geringer geworden sind, so lässt sich doch nicht anerkennen, dass diese Wendung zum Besseren auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers einen wesentlichen Einfluss ausgeübt hat. Der Kläger leidet in Folge der auf den Unfall zurückzuführenden linksseitigen Rippenfellentzündung (schwartige Verdickung des Rippenfells, Verwachsung des Rippenfells mit der Lungenoberfläche) namentlich an Brustschmerzen und Athemnoth; überdies ist die — wie feststeht, ebenfalls in Folge des Unfalls — von der Tuberkulose ergriffene linke Lungenspitze noch nicht völlig ausgeheilt. Schon hieraus ergiebt sich, dass der Kläger nach wie vor sich schonen, stets auf einen Aufenthalt in guter Luft Bedacht nehmen muss und — wie auch Professor

Dr. C. andeutet — zu allen Arbeiten unfähig ist, welche erhebliche Anforderungen an die Körperkraft und die Marschfähigkeit stellen. Bei dieser Sachlage kann nicht angenommen werden, dass in dem Zustande des Klägers seit Festsetzung der Rente auf 75 Prozent eine wesentliche, mit einer Steigerung seiner Erwerbsfähigkeit verbundene Besserung eingetreten ist. Mit Recht hat daher das Schiedsgericht die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft zur Weitergewährung der Rente von 75 Prozent verurtheilt. M.

Aus dem Kgl. bayer. Landes-Versicherungsamt.

Stiefeldruck als Unfall beim Betrieb.

(Rek.-Entsch. vom 15. Oktober 1900.)

Der M. L. war mit seinem Anspruch auf Unfallrente abgewiesen worden, weil nach den übereinstimmenden Konstatirungen im ärztlichen Gutachten und im Untersuchungsprotokolle die bestehende Krankheit darauf zurückzuführen war, dass den Rentenbewerber während der Arbeit der Stiefel angegriffen und eine leichte Hautabschürfung veranlasst hatte. Die Folge dieser Wunde war ein schweres Erysipel.

Das Schiedsgericht gelangte dem entgegen zu einer Verurtheilung der Berufsgenossenschaft mit der Begründung, es sei ein „Unfall" deshalb als vorliegend zu erachten, weil L., der im bezeichneten Bau als Handlanger mit Wassertragen zu den Bauarbeiten beschäftigt, durch das viele Gehen auf dem aufgeweichten und lehmigen Boden des Arbeitsplatzes im unteren Theil des linken Fusses vom Stiefel aufgerieben worden war, was ihn veranlasste, die Stiefel auszuziehen und barfüssig die Arbeit weiter zu verrichten. Hierdurch stellte sich eine Entzündung des Fusses ein, welche die schweren Folgen verursachte. Aus diesem Sachverhalt entnahm das Schiedsgericht, dass der Unfall beim Betrieb zugezogen wurde, und erschien demnach die Ablehnung durch die Berufsgenossenschaft nicht gerechtfertigt.

In dem eingelegten Rekurs bestritt die Berufsgenossenschaft, dass in diesem Vorkommniss ein Unfall „beim Betrieb" zu erachten sei. Zugestanden wurde, dass die geschilderte Verwundung auf die angegebene Weise entstanden sei, es habe aber keinerlei durch den Betrieb bedingtes, plötzlich wirkendes Ereigniss stattgefunden. Die Arbeit sei eine solche gewesen, wie sie im Baugewerk tagtäglich vorkommt, und es sei eben Sache der eigenen Sorgfalt des Arbeiters, darauf zu achten, dass seine Kleidungsstücke derart beschaffen sind, dass sie nicht an sich schon die Möglichkeit einer Beschädigung bedingen. Die Berufsgenossenschaft habe weder die Aufgabe, noch auch wäre sie in der Lage, auf derartige, durchaus in der Interessensphäre des Arbeiters liegende Interna einzuwirken. Auch sei die Hautabschürfung nicht dadurch entstanden, dass beispielsweise in Folge Ausgleitens ein momentan wirkender Druck des ungeeigneten Schuhwerkes verursacht gewesen sei, sondern das fortgesetzte Arbeiten hat dieselbe bedingt. Schädigungen aber, welche bei normaler Betriebsarbeit eintreten, seien keine Betriebsunfälle. —

Das Kgl. bayerische Landesversicherungsamt hat mit Entscheidung vom 15. Oktober 1900, No. $\frac{6887}{799}$ den Rekurs des Vorstandes als unbegründet zurückgewiesen. Wir entnehmen aus der Begründung dieser Entscheidung.

„Sollte L. ungeeignete Stiefel gehabt haben, so würde darin lediglich eine Fahrlässigkeit liegen, die den Entschädigungsanspruch nicht ausschliesst. Es ist dies indes nicht bewiesen. Wohl aber sind andere Umstände festgestellt, die eine Hautabschürfung begünstigten. Es regnete damals viel, und der Boden war aufgeweicht und lehmig. Dies musste zur Folge haben, dass die Stiefel vom Boden zurückgehalten wu[rden] und daher eine fortgesetzte erhöhte Reibung zwischen S[tiefel] und Fuss eintrat. Es liegt ferner nahe, dass durch die N[ässe] die Beschaffenheit des Leders ungünstig beeinflusst, und auch hierdurch die Reibung verstärkt wurde. Der Unfall [liegt] aber nicht in der Hautwunde an sich, sondern darin, dass [sie] durch Infektionskeime verunreinigt wurde, wodurch Ery[sipel] entstand. Durch die Aussage des in der Rekursinstanz [ver]nommenen Zeugen im Zusammenhalt mit dem Untersuchungs[protokoll] ist nachgewiesen, dass L. bis 6. Mai Mittags in [Stie]feln und dann den Rest des Tages barfüssig arbeitete. [Da] er auf nassem Boden unbeschuht arbeitete, wurde das [Ein]dringen schädlicher Stoffe erleichtert, und es ist daher [wahr]scheinlich, dass in Folge und während dieser Thätigkeit [die] Verunreinigung der Wunde eintrat. Hiermit sind die Vor[aus]setzungen eines Betriebsunfalles gegeben, und war der Re[kurs] zurückzuweisen. —

An Interesse gewinnt diese Entscheidung, wenn man [die] ebensolche No. 603, Mitth. d. Kgl. B. L.-V.-A. 1896 S. 65 [aus] dem Jahre 1896 betrachtet. In dieser wird verneint, dass [ein] entschädigungspflichtiger Unfall in einem Falle vorliege, [in] welchem sich ein Oekonom in Folge Handhabens einer H[aue] Blasen an den Innenflächen der Hände mit anschliessender Phlegmone zugezogen hatte. In dieser Entscheidung hei[sst] es: „Als Betriebsunfall ist nur ein plötzlich eintretendes, äusseres Ereigniss anzusehen, welches ausserhalb der Betriebsthätigkeit liegt, aber mit dem Betriebe in Zusammenhang steht. [Ein] solches Ereigniss ist aber nicht nachgewiesen. Es ist vielmehr als sicher anzunehmen, dass durch das Festhalten der H[aue,] mit der Jener die Erdschollen zerhackte, Blasen entstanden sind, dass sich durch Fortsetzung der Arbeit die Haut [ab]löst hat, und dass dadurch die Entzündung entstanden ist. [Das] Festhalten der Haue bildet aber einen integrirenden Bestandtheil der Arbeit selbst, und nicht ein ausserhalb derselben liegendes Ereigniss, wie auch die Blasen keineswegs plötzlich, sondern nur allmählich entstanden sein können. Es liegt [so]mit kein Betriebs u n f a l l, sondern eine Betriebserkrankung vor."

(Unf. Vers. Pr.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsschädliche Gerüche.

Entscheidung vom 6. März 1901.

Die Polizeiverwaltung von Frankfurt a. O. forderte [in] Folge übler Gerüche vor einiger Zeit die dortige Stärkesyrup- und Zuckerfabrik bei Vermeidung von Strafe auf, innerhalb 8 Wochen über den Stärkekochern ihrer Fabrik Dunstabzüge anzubringen und diese mit dem Fabrikschornstein zu verbinden oder andere Massnahmen zu treffen. Der Bezirksausschuss wies sodann die Klage der Fabrik ab, weil er auf Grund der Berichte des Gewerbeinspektors L. und des Gewerberaths R. zur Feststellung gelangt war, dass die die menschliche Gesundheit gefährdenden Gerüche jener Anlage entsteigen. Das Oberverwaltungsgericht wies die Berufung als unbegründet ab und führte aus: die fragliche Anlage steht, da sie vor der Reichsgewerbeordnung errichtet ist, in gewerbepolizeilicher Hinsicht einer nicht genehmigungspflichtigen Anlage gleich. Solchen Anlagen gegenüber ist die Polizeibehörde befugt, zur Wahrung des öffentlichen Interesses den § 10 II 17 A. L. R. zur Anwendung zu bringen, wenn die thatsächlichen Voraussetzungen hierzu vorhanden sind, mithin auch dann, wenn eine Gesundheitsgefahr für das Publikum durch die Anlage hervorgerufen wird. Der Geh. Medizinalrath Dr. B. führte in seinem Gutachten u. A. aus, den Fabrikationszweigen entstammen zwei ihnen eigenthümliche Gerüche: der in den Kochfässern ent-

ıende, widerlich säuerlich-süsse und der bei der Zuckerleurbereitung sich entwickelnde sog. Karamelgeruch. Beide üche seien so intensiv und anhaftend, dass man sie, wenn n an sie nicht gewöhnt sei und sich längere Zeit in den ›rikräumen aufgehalten habe, noch stundenlang nachher pfinde. Beide Gerüche seien nicht nur unangenehm, son-·n auch ekelerregend; sie vermögen Uebelkeit und bei reiz-·en Personen Erbrechen und Kopfschmerzen hervorzurufen. ide Gerüche vermischen sich untereinander zu einem widerhen Duft. Die Gerüche nehme man je nach der Windstärke d Windrichtung in weiter Entfernung von der Fabrik wahr. ıs für das Leben des Menschen allernothwendigste Medium i die Luft, unreine Luft sei die häufigste aller Krankheitssachen. Werde die Luft derartig verunreinigt, dass man ch dagegen abzuschliessen gezwungen sei und erfolge jene erunreinigung durch Gerüche, die geeignet seien, Ekel, Uebelэit eventl. Erbrechen zu erregen und Kopfschmerzen zu er-›ugen, so handle es sich nicht mehr um eine einfache Beıstigung, sondern um eine Gesundheitsschädigung. Eine ›lche Schädigung werde sich nicht bei allen Menschen ussern, aber Kinder und schwächliche Individuen müssen urch solch eine Verunreinigung der Luft an ihrer Gesundheit ;eschädigt werden. — Hiernach kann es, so führte das Ober-'eıwaltungsgericht aus, keinem Zweifel unterliegen, dass die Anlage eine Gesundheitsgefahr für einen grösseren Theil der Bevölkerung der Umgebung bildet. Die Polizeiverwaltung war daher berechtigt, die Abstellung der Mängel, welche diese Gefahr mit sich führen, von der Fabrik auf Grund des § 10 II 17 A. L. R. zu verlangen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

A. Bollinger, Atlas und Grundriss der Pathologischen Anatomie. II. Band. Zweite stark vermehrte Auflage. 62 Tafeln, 193 S. Preis 12 M.

H. Dürck, Atlas und Grundriss der speziellen Pathologischen Histologie. II. Band. 120 Tafeln 220 S. Preis 11 M. Lehmanns Med. Handatlanten. Band XII und XXI. München 1901.

Die Schlussbände der beiden Werke, deren Vortrefflichkeit wir früher bereits hervorzuheben Veranlassung nahmen, reihen sich ihren Vorgängern würdig an. Der zweite des Bollinger'schen Atlas, der Harnapparat, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Knochen und Gelenke umfasst, hat mannigfache Verbesserungen gegenüber der ersten Auflage erfahren. Neun farbige und elf schwarze Bilder sind neu hinzugekommen.

Der zweite Band des Dürck'schen Atlas hat Leber, Harn- und Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskel und Knochen zum Gegenstand. Die Erkrankungen der Sinnesorgane wurden den Spezial-Atlanten überlassen, ebenso beim Nervensystem die Strangerkrankungen. Auch die eigentlichen Neubildungen fehlen, sie sollen in einem vorbehaltenen Atlas der allgemeinen pathologischen Histologie Platz finden. Diese Beschränkungen waren nothwendig, um von der Fülle des Materials wenigstens das Wichtigste auf den knappen Raum eines Atlas zusammendrängen zu können. Die Abbildungen sind wieder ganz prachtvoll. Der Gelehrte, der die Auswahl getroffen, und der Künstler, der die Bilder gemalt hat, verdienen gleich hohe Anerkennung.

Tagesgeschichte.

Die Prüfungsordnung für Aerzte.

Am 28. Mai hat der Reichskanzler die vom Bundesrath genehmigte Prüfungsordnung zur Veröffentlichung gebracht. Obwohl das wesentliche Neue, was hierbei in Wirksamkeit tritt, an dieser Stelle bereits erwähnt und besprochen ist, wollen wir nicht versäumen, endgiltig hervorzuheben, in welchen Punkten von jetzt ab eine Aenderung stattfinden wird.

§ 2 lautete früher: „Die Approbation wird Demjenigen ertheilt, der die ärztliche Prüfung vollständig bestanden hat.“ Jetzt ist als neue Vorbedingung eingefügt: „und den Bestimmungen über das praktische Jahr entsprochen hat.“ Ferner ist bemerkt, dass, wenn schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen vorliegen, die Zulassung zu den Prüfungen und zum praktischen Jahre zu versagen ist. Die Entscheidung erfolgt endgiltig durch die Centralbehörde. Wir können uns nach wie vor mit dem dehnbaren Begriff „schwere sittliche Verfehlungen“ nicht befreunden.

Bei den Bestimmungen über die Vorprüfung betrifft die wichtigste Aenderung den früheren § 3, jetzt § 6, der die erforderliche Vorbildung bezeichnet. Wir zweifelten, als die Meldung von der bedingungslosen Zulassung der Ober-Realschüler verbreitet wurde, gleich an deren Richtigkeit. Thatsächlich sind ohne Weiteres nur die Abiturienten der Deutschen humanistischen und Realgymnasien zugelassen. Es ist jedoch nach der Prüfungsordnung für die höheren Schulen von 1892 den Ober-Realschülern die Möglichkeit geboten, durch eine Ergänzungsprüfung im Lateinischen die Rechte der Realgymnasiums-Abiturienten zu erwerben.

Die Zeit bis zur Vorprüfung wird statt 4 Semester mindestens 5 Semester betragen.

Ausnahmsweise kann die auf ausserdeutschen Universitäten verbrachte oder die einem, dem medizinischen, verwandten Studium oder die nach Erlangung des Reifezeugnisses einer andern neunstufigen höheren Lehranstalt als den im § 6 bezeichneten dem medizinischen oder einem verwandten Studium gewidmete Zeit auf die 5 Halbjahre ganz oder theilweise angerechnet werden.

Vor der Vorprüfung ist nachzuweisen, dass der sich Meldende 2 Semester anatomisch präparirt, ein Halbjahr an mikroskopisch-anatomischen Uebungen und an einem physiologischen und einem chemischen Praktikum regelmässig Theil genommen hat.

Die Vorprüfungsfächer sind die gleichen geblieben. Für Doktoren naturwissenschaftlicher Fächer fallen jedoch Chemie und Physik, Botanik und Zoologie, soweit sie schon früher darin geprüft sind, fort. Die botanische Prüfung ist erleichtert, die in der Anatomie und Physiologie zu stellenden Forderungen sind genau umschrieben.

Beim Nichtbestehen eines Faches kann die Frist bis zur Wiederholung auf ein Jahr verlängert werden. Wird die Vorprüfung innerhalb zweier Jahre nicht vollendet, so gilt sie als nicht bestanden. Wer bei der zweiten Wiederholung nicht besteht, wird zu keiner weiteren Prüfung zugelassen. Durch diese Bestimmungen wird der ärztliche Stand von einer Anzahl ungeeigneter Personen befreit, die sich entweder schliesslich doch noch durch das Studium durchzuschleppen pflegten oder gar nach jahrelangem, bei der ungenügenden Vorbildung natürlich unzureichendem, unregelmässigem Klinikbesuch zur Kurpfuscherei übergingen. Man vermisst nur noch eine Bestimmung, vermöge deren überlanges Hinausschieben der Vorprüfung verhindert werden könnte.

Eine leidige Aenderung ist die Erhöhung der Kosten bei der Vorprüfung. Statt 36 — 90 Mark!

Bis zur Staatsprüfung wird eine Studienzeit von mindestens im Ganzen 10 Halbjahren verlangt, von denen mindestens 4 nach völlig beendeter Vorprüfung zurückgelegt sein müssen.

Die Erfordernisse über die Ausbildung in den klinischen Semestern sind bedeutend erweitert. In der geburtshilflichen Klinik müssen 4 Kreissende (statt zweien) entbunden sein, neu hinzugekommen sind Praktikantenscheine der medizinischen Poliklinik, der Kinderklinik oder -Poliklinik, der psychiatrischen Klinik, der Klinik oder Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren- und für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Ferner wird der Besuch je eines Kollegs über topographische Anatomie, gerichtliche Medizin und Pharmakologie verlangt. Für die oben genannten Spezialfächer kann beim Fehlen entsprechender Kliniken ein Kursus in einer von der Centralbehörde ermächtigten Krankenhausabtheilung eintreten.

Bei der Prüfung selbst sind Anatomie und Physiologie glücklich endlich weggefallen, Irrenheilkunde ist dazugekommen. Das ist wohl der bedeutendste Fortschritt an der ganzen Neuordnung!

Ohren- und Hautkrankheiten werden in der chirurgischen Prüfung mit berücksichtigt.

Die psychiatrische Prüfung beschränkt sich auf Untersuchung eines Geisteskranken mit Aufnahme eines Protokolls und auf Beantwortung von Fragen.

Als sehr wichtige Bestimmung fordert der § 47, dass bei den einzelnen Prüfungsfächern ihre Geschichte und ihre Beziehungen zur gerichtlichen Medizin berücksichtigt werden sollen.

Wenn diese Bestimmung ernst genommen wird, kann sie recht regensreich wirken. Für die Geschichte der Medizin dürfte es kaum eine praktischere Prüfungsart geben; und das Interesse für die Gerichtsarzneikunde kann sicher wesentlich gefördert werden, wenn der Frauenarzt und der pathologische Anatom, der Chirurg und Interne — ganz zu schweigen vom Irrenarzt — ihre Schüler nie vergessen lassen, dass Krankheit, Verletzung und Tod eines Menschen oft genug zu gerichtlichen Erörterungen Anlass geben, für deren richtige Lösung die Beobachtungen des behandelnden Arztes nicht selten ausschlaggebend sind.

Bei der Prüfung soll auch darauf geachtet werden, dass der Kandidat Verständniss für die medizinischen Kunstausdrücke hat. Diese Bestimmung ist gegenüber der Zulassung von „Nicht-Griechen" sicher nothwendig. Vielleicht aber — und das möchten wir hoffen — hat die Betheiligung von Elementen, denen die Kenntniss der alten Sprachen theils fremd ist, theils immerhin nicht im Vordergrunde ihrer Bildung steht, auch einen Vortheil: nämlich den, dass die Mediziner sich das Deutschsprechen nicht mehr so ganz abgewöhnen, wie heutzutage die Meisten, die wissenschaftlich arbeiten.

Die Prüfung ist spätestens binnen 3 Jahren vom Beginn ab zu vollenden.

Die Kosten derselben sind nicht erhöht.

Bezüglich des praktischen Jahres beantwortet die Prüfungsordnung nur einen Theil der in No. 1 d. J. von uns aufgeworfenen Fragen.

Dasselbe ist an einer Universitätsklinik oder -Poliklinik oder an einem besonders ermächtigten Krankenhause oder, soweit die Anstalten nicht ausreichen, bei einem geeigneten und vielseitig beschäftigten Praktiker abzuleisten. In letzterem Falle stellt der Kandidat an den Reichskanzler den Antrag, dass er einem bestimmten Arzte überwiesen werden möchte. Die ermächtigten Krankenhäuser werden alljährlich vom Reichskanzler bekannt gegeben. Die Wahl steht dem Kandidaten frei; u. E. eine Bestimmung, die blos auf dem Papier steht!

Ein Drittel des Jahres soll mindestens vorzugsweise der Behandlung innerer Kranker gewidmet sein. Ein Wechsel der Anstalt ist zweimal ohne Weiteres, darüber hinaus nur mit Genehmigung der Centralbehörde zulässig.

Nach Schluss des Jahres ertheilt der Leiter der be- den Anstalt ein Zeugniss, welches die nähere Art der schäftigung angiebt und sich darüber äussert, inwiew Kandidat seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten tieft und fortgebildet und ausreichendes Verständniss f Aufgaben und Pflichten des ärztlichen Berufs gezeigt ha

Gegen Versagung des Zeugnisses ist Beschwerde vorgesetzte bezw. Centralbehörde zulässig. Dagegen dauerlicher Weise ein Rekurs gegen die Art der Beurt durch den leitenden Arzt nicht vorgesehen.

Gewinnt die Behörde nicht die Ueberzeugung, da Kandidat seine praktischen Kenntnisse vertieft u. s. w. hat, so bestimmt sie einen weiteren Zeitraum zur bildung.

Die Studirenden, welche vor dem 1. Oktober 190 Studium beginnen und sich spätestens am 1. Oktober zur Vorprüfung melden, dürfen diese nach den alten schriften ablegen. Für sie und für diejenigen, welche Vorprüfung bereits bestanden haben, gilt auch die alte St prüfungsordnung. Kandidaten, die sich nicht spätesten zum 1. Oktober 1908 melden, haben sich unter Wiederh der Vorprüfung den neuen Bestimmungen zu unterwe Das praktische Jahr ist in der Regel von allen denje Kandidaten, die die ärztliche Prüfung nicht vor dem 1 tober 1903 bestanden haben, abzuleisten.

Nach dem Inkrafttreten der neuen Ordnung werden Aerzte ihren Leistungen nach noch mehr als bisher ein vorzugter Stand" sein. Möge sich ihre Stellung im soz Leben entsprechend verbessern. Nicht ohne Befriedigung man bemerken, dass die politische Presse ihr wohlwolle Interesse mehr als bisher beginnt, dem ärztlichen Stand zuwenden. Hoffentlich macht es die „Grossmacht" dem l kum begreiflich, dass die Aerzte berechtigt sind, vom Ein und vom Staate eine Stellung zu fordern, die ihrer Ausb und ihrem Wirken entspricht.

- - -

Die neue Verordnung über die Privatirrenanstalten.

An Stelle der Anweisung vom 20. September 1895 s wie wir bereits mittheilten, neue Bestimmungen getrete welche jedoch nicht allzu erhebliche Abweichungen von d bisherigen Normen enthalten.

Das Wichtigste ist eine Trennung der Vorschriften für Kranke unter 18 Jahren von denen für ältere Kranke. Kranke unter 18 Jahren bedürfen zur Aufnahme nur des Antrags ihres gesetzlichen Vertreters und einer ärztlichen Bescheinigung welche angiebt, aus welchen Gründen die Aufnahme noth- wendig oder zweckmässig ist. Sobald sie das 18. Jahr in der Anstalt erreichen, ist ihr Aufenthalt in der Anstalt unter Beifügung einer Aeusserung über den gegenwärtigen Zustand der Staatsanwaltschaft anzuzeigen, es ist dann nach Lage des Falles zu bestimmen, ob der betreffende Kranke in der Anstalt verbleibt.

Was die erwachsenen Kranken betrifft, so ist bei der Bestimmung, welche in dringlichen Fällen vorläufige Aufnahme auf Grund eines nicht amtsärztlichen Attestes gestattet, sehr zweckmässiger Weise die Anmerkung hinzugefügt: Dringlichkeit der Aufnahme kann auch ohne äussere Unruhe oder Gewaltthätigkeit des Kranken vorliegen. Für die endgiltige Untersuchung durch den Kreisarzt ist die Frist von 48 Stunden auf 3 Tage erhöht.

Eine Bestimmung darüber, welche Personen berechtigt sind, die Aufnahme eines nicht entmündigten Kranken zu beantragen, fehlt leider auch in der neuen Fassung.

Die Entlassungsvorschriften sind erweitert, und es ist hierbei Laienmeinung, dass eine ungerechtfertigte Zurückhaltung Geisteskranken in Privatanstalten zu besorgen sei, derart ücksichtigt, dass zwar nicht eben Unheil zu befürchten ist, s aber die Anstaltsbesitzer recht viel Schererei und reiberei haben werden. Entlassung hat nicht nur dann erfolgen, wenn der Kranke geheilt, sondern auch schon, nn er soweit gebessert ist, dass er der Anstaltsbehandlung ht mehr bedürftig erscheint oder wenn seine beantragte tmündigung rechtskräftig aufgehoben ist. Beantragt ein lljähriger Kranker, der weder entmündigt, noch ter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, schriftch seine Entlassung, so hat der Vorstand der Analt, wenn er dem Antrage nicht stattgeben will, en Antrag der Darlegung der für die Ablehnung assgebenden Gründe unverzüglich dem für die tellung des Entmündigungsantrages zuständigen rsten Staatsanwalt mitzutheilen. Wird der Entlassungsntrag wiederholt, so ist die Mittheilung des erneuten Antrags n den Ersten Staatsanwalt nicht erforderlich, wenn der Antrag eine neuen Thatsachen enthält und sich die Verhältnisse icht geändert haben.

Urlaub kann statt nur für 2 von jetzt ab für 6 Wochen, usnahmsweise bis zu 3 Monaten gewährt werden.

Freiwillig können nur solche Kranke in die hierfür konzessionirten Anstalten eintreten, welche nach ärztlicher Bescheinigung Verständniss für ihren Eintritt haben, es sei denn, dass es sich um Minderjährige oder Bevormundete handelt. Die Entlassung solcher freiwillig Eingetretener darf, wenn die volljährigen Kranken sie wünschen, nur abgelehnt werden, wenn der Zustand sich derart verändert, dass nach Erklärung des leitenden Arztes Anstaltsbehandlung nothwendig ist. Alsdann ist sofort das für andere Kranke vorgesehene Aufnahmeverfahren einzuleiten.

Bezüglich der Vorbildung des Anstaltsleiters bewendet es im Allgemeinen bei den früheren Bestimmungen und zwar ist für die Leitung einer grösseren und für heilbare Kranke bestimmten Anstalt im Allgemeinen eine zweijährige Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen nicht nur für Unheilbare bestimmten Anstalt oder an einer psychatrischen Universitätsklinik nothwendig. Bei kleineren oder lediglich Unheilbare aufnehmenden Anstalten kann die Ausbildungszeit auf etwa ein Jahr herabgesetzt werden. Erfreulicher Weise kann mit Genehmigung des Ministers auch die Thätigkeit an einer geeigneten grösseren Privatanstalt oder an einer geeigneten grösseren Abtheilung für Geisteskranke an einem Krankenhause für die Ausbildung des leitenden Arztes angerechnet werden. Eine unnöthige Härte der früheren Verordnung, welche den Privatanstalten die Erlangung von Hilfsärzten bedeutend erschwerte, ist dadurch gemildert.

Denjenigen Aerzten, welche allein mittelgrosse Privatanstalten leiten, kann mit Zustimmung des Ministers gestattet werden ausserhalb der Anstalt zu wohnen, sofern die Wohnung in unmittelbarer Nähe der Anstalt liegt und mit dieser telephonisch verbunden ist.

Nicht unwichtig ist endlich die Bestimmung, dass für jedes Mitglied des Pflegepersonals ein Aktenstück unter Beifügung von Zeugnissen und Ausweisungen anzufügen ist, und dass das Vorleben des Pflegepersonals so weit erforderlich durch Anfragen festzustellen ist. Einer Säuberung dieser für die Frage der gesammten Irrenheilkunde so bedeutungsvollen Hilfskräfte von allerlei unlauteren Elementen wird hierdurch, wenn nicht herbeigeführt, so doch angebahnt werden.

Zum Simulantenwesen.

Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft veröffentlicht wieder eine Reihe von eklatanten Vortäuschungsfällen, die wir glauben kommentarlos zur Kenntniss unserer Leser bringen zu sollen.

Ein Unfallinvalide der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, welcher wegen einer früher erlittenen Brustquetschung auf Grund eines ärztlichen Gutachtens eine Rente bezog, errang sich gelegentlich einer von mehreren Turnvereinen veranstalteten Sedanfeier, verbunden mit Preisturnen, im Ringen den zweiten Preis.

Ein Arbeiter, welcher sich im Januar 1889 den rechten Arm im Ellenbogen gebrochen hatte und seit dem 1. Juli 1891 eine Rente von 40 % bezog, weil er noch Bewegungsbeschränkungen im Ellenbogengelenk hatte, erhielt vom 1. September 1891 ab eine Rente von 20 %, weil die Bewegungsbeschränkung geringer geworden war. Die Berufsgenossenschaft erfuhr nun, dass der Rentenempfänger als Preisringer mit dem berühmten Abs gerungen und denselben öffentlich besiegt habe. Sie hob die Rente auf. Trotz der erwähnten Thatsache erhob der Arbeiter gegen die Aufhebung der Rente Berufung bei dem zuständigen Schiedsgericht, worauf seine ärztliche Untersuchung vorgenommen wurde. Der Arzt fand einen hünenmässig gebauten Mann, dessen Oberarme den kolossalen Umfang von ungefähr 50 cm hatten. Im Ellenbogen waren Beugung und Drehung vollkommen normal, nur die Streckung war um ungefähr 10 Grad behindert. Das Schiedsgericht bestätigte natürlich die Renteneinstellung.

Ein fernerer Fall betraf einen Holzarbeiter. Derselbe sollte nach den Akten, deren Gutachten nicht ganz klar waren, eine Zerreissung einer Ader erlitten haben. Er erhielt eine Rente von 50 %. Da erfuhr die Berufsgenossenschaft, dass der Verletzte im Elsass mit seiner Frau und noch einem dritten „Künstler“ Reisen mache und als Luftgymnastiker unter donnerndem Applaus der Zuschauer auftrete. Sie stellte daher die Rente ein, und der Mann wurde in dem auf Wiedergewährung der Rente beim Schiedsgericht erhobenen Berufungsverfahren ärztlich untersucht. Der Arzt fand die Narben einer Zellgewebsentzündung auf der Brust, welche in keiner Weise die Bewegungen irgendwie behinderte. Der „Künstler“ war sonst ausgezeichnet gebaut und ganz gesund. Das Schiedsgericht konnte selbstredend die Rentenaufhebung nur gutheissen.

Ein Konditor, welcher als solcher keine Arbeit gefunden hatte, war als Anstreicher auf einem Bau thätig und erlitt durch Sturz von einer Treppe einen Unfall. Noch heute will er an Gedächtnissschwäche, Kopfschmerzen u. s. w. leiden. Er bezieht eine Rente von 60 %. Trotzdem ist er ein Hauptwinkelkonsulent, fertigt sogar sehr logische Berufungen für die Verletzten an, für deren Anfertigung er sich durchschnittlich 2 Mark bezahlen lässt. Er annoncirte auch in den Zeitungen: Unfallsachen (selbst Invalide), Klagen, Gesuche fertigt N., Xstrasse.

Das Mitglied einer Krankenkasse behauptete, an Hexenschuss zu leiden, blieb Tags über im Bette liegen und bezog Krankengeld. Am Abend ging der Kranke heimlich aus dem Hause und wurde von Zeugen in verschiedenen Tanzlokalen gesehen, wo er ganz behende sich im Kreise froher Tänzer als einer der Lustigsten bewegte.

Auch die Verhandlungen der Rekurssachen vor dem Reichs-Versicherungsamt decken nach dieser Richtung hin sehr beklagenswerthe Dinge auf. So hatte z. B. ein Rentenempfänger der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, mit der ihm gewährten Rente unzufrieden, Rekurs eingelegt und eine höhere Rente beantragt, da er nur zu leichten Arbeiten fähig sei. Durch Zeugen konnte ihm jedoch nachgewiesen werden, dass er sehr

wohl zu allen Arbeiten im Stande sei, da er beim Tanzbeinschwingen auf dem Tanzboden hinter keinem der übrigen Tänzer zurückblieb.

Ganz besonders werden aber ältere Leiden und namentlich Brüche, sowie ferner Verletzungen aus Schlägereien auf einen Betriebsunfall zurückgeführt. Obwohl die meisten wegen Betrugsversuchs zur Bestrafung kommenden Fälle aus der Knappschafts-Berufsgenossenschaft im Kompass veröffentlicht werden und die meisten recht empfindlichen Freiheitsstrafen zur Kenntniss der Mitarbeiter kommen, finden sich bedauerlicher Weise immer wieder Personen, die sich in betrügerischer Weise in den Genuss einer Rente setzen wollen, wie nachstehende beiden Fälle aus der jüngsten Zeit zeigen:

Der Bergmann Wilhelm G. erlitt am 28. März 1899 einen Unfall und behauptete, um sich in dem Genusse der Rente zu erhalten, in Folge des Unfalles lungenkrank geworden zu sein. Zur Feststellung seines Zustandes wurde er dem Krankenhause zu Ortelsburg überwiesen, woselbst er den Anstaltsarzt dadurch zu täuschen suchte, dass er an einen im Krankenhause befindlichen Lungenkranken, der an starkem Auswurf litt, die Zumuthung stellte, sein Spuckglas zu benutzen. Die wiederholten ärztlichen Untersuchungen der Brustorgane liessen nicht die geringsten Anzeichen einer Störung oder Erkrankung erkennen. Auf den vom Vorstande unserer Sektion II (Bochum) gestellten Antrag auf Strafverfolgung ist G. vom Kgl. Schöffengericht zu Ortelsburg am 26. November 1900 wegen versuchten Betrugs zu zwei Wochen Gefängniss und in die Kosten des Verfahrens verurtheilt worden. Die von G. gegen dieses Urtheil eingelegte Berufung hat die Strafkammer des Kgl. Landgerichts in Allenstein unterm 17. Januar d. Js. zurückgewiesen.

Der Bergmann P. G. beantragte in Folge einer am 7. Dezember 1899 im Betriebe der Zeche Mont Cenis erlittenen Augenverletzung Gewährung einer Unfallrente, weil er das Sehvermögen auf dem rechten Auge beinahe ganz verloren habe und er in Folge dessen seine frühere Arbeit nicht wieder aufnehmen könne, auch verspüre er noch öfters sehr heftige Schmerzen. Durch die augenärztliche Untersuchung wurde jedoch festgestellt, dass der Verletzte sich der gröbsten Simulation und bewusster Weise unwahrer Angaben schuldig machte. Das gesammte Sehvermögen des Verletzten habe nicht wesentlich gelitten und es sei eine Arbeits- und Erwerbseinschränkung in Folge der Augenverletzung nicht vorhanden. In Folge des vom Sektionsvorstande gestellten Antrages auf Einleitung des Strafverfahrens wegen Betrugsversuchs hat die 3. Strafkammer des Königl. Landgerichts in Bochum am 15. März 1901 den G. des versuchten Betrugs für schuldig erachtet und ihn unter Kostenlast mit einer Geldstrafe von 100 M. belegt, an deren Stelle im Unvermögensfalle für je 5 M. 1 Tag Gefängniss tritt.

Die Unfallstatistik des Reichs-Versicherungsamts für das Jahr 1900.

Versichert waren 18604124 Personen, nach der letzten Volkszählung über ein Drittel der deutschen Bevölkerung. Den grössten Antheil daran hat die Land- und Forstwirthschaft mit 11189071 Personen.

Zur Anmeldung gelangten: 454431 Unfälle; zur Entschädigung, da die in den ersten dreizehn Wochen wieder erledigten Fälle ausfallen, weil sie von den Krankenkassen getragen werden, 107388 Unfälle. Die Entschädigungen beliefen sich im Jahre 1900 auf: 86635632 M., inkl. derjenigen Renten, die Verunglückten aus früheren Jahren im Jahre 1900 zu vergüten waren. In den früheren Jahren seit dem Inkrafttreten der Unfallversicherungs-Gesetzgebung sind an Ent[...]gungen gezahlt worden:

78 680 633	Mark im Jahre	1899,
71 108 729	„ „ „	1898,
63 978 548	„ „ „	1897,
57 154 398	„ „ „	1896,
50 125 782	„ „ „	1895,
44 281 736	„ „ „	1894,
38 163 770	„ „ „	1893,
32 340 178	„ „ „	1892,
26 426 377	„ „ „	1891,
20 315 320	„ „ „	1890,
14 464 303	„ „ „	1889,
9 681 447	„ „ „	1888,
5 932 930	„ „ „	1887,
1 915 366	„ „ „	1886.

705294 Personen haben im letzten Jahre die Wohl[...] der öffentlichen Unfallversicherung genossen, nämlich:

534 146	Verletzte,	
49 364	Wittwen	Getöteter,
82 855	Kinder	
2 961	Ascendenten	
11 294	Ehefrauen	als Angehörige von Verletz[...] welche in Krankenhäusern untergebracht waren.
24 438	Kinder	
236	Ascendenten	

Gegen 217333 erstinstanzliche Bescheide der Be[...]genossenschaften wurden bei den zur Zeit für die Unfa[...]sicherung bestehenden 1319 Schiedsgerichten 45655 Beruf[...] anhängig gemacht, zu deren Erledigung 5485 Sitzungen n[...] wurden. Von den zur Entscheidung gekommenen 419[...] rufungen wurde in 30249 Fällen der Bescheid der Be[...]genossenschaft bestätigt, während 11075 Bescheide thei[...] oder völlig abgeändert, 589 Berufungen aber wegen [...]säumung der gesetzlichen Berufungsfrist resp. 24 Beruf[...] wegen Unzuständigkeit des Schiedsgerichtes zurückge[...] wurden. Die übrigen 3718 Berufungen wurden durch Zu[...]nahme, durch Vergleich, durch Zugeständniss der Be[...]genossenschaft, durch gesetzlich zulässige Zurückwei[...] seitens des Schiedsgerichts-Vorsitzenden oder auf andere W[...] erledigt.

Rekurse wurden im Jahre 1900 bei dem Reichs-Vers[...]rungsamt anhängig 11048 und zwar 8612 seitens der V[...]sicherten und 2436 seitens der Berufs-Genossenschaf[...] 10254 Rekurse wurden durch Urtheil des Reichsversicheru[...]amts erledigt über folgende Streitfragen:

1. ob ein Betriebsunfall vorlag, in 836 Fällen,
2. ob der Unfall erwiesen war, in 595 Fällen,
3. ob ein Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der Erwerbsunfähigkeit anzunehmen war, in 1358 Fällen,
4. ob der Unfall eine versicherte Person betroffen hatte, in 157 Fällen,
5. welche Berufsgenossenschaft einzutreten hatte, in 3[...] Fällen,
6. welcher Jahres-Arbeitsverdienst der Rentenberechnung zu Grunde zu legen war, in 209 Fällen,
7. welcher Grad der Erwerbsunfähigkeit anzunehmen war, in 2039 Fällen,
8. ob und in welchem Umfange eine wesentliche Besserung oder Verschlechterung im Unfallzustande eingetreten war, in 3948 Fällen,
9. ob der Verletzte verpflichtet war, sich in einem Krankenhause unterbringen zu lassen oder ob das Heilverfahren als beendigt anzusehen war, in 81 Fällen, und
10. Streitfragen anderer Art in 693 Fällen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

-ztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatmal. Dieselbe ist zu beziehen durch jede deutsche zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Geheimer Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Sanitätsrath, Königlicher Kreisarzt, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

I. Jahrgang 1901. — № 13. — Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Fahrlässige Tötung nach Darmzerreissung bei vermeintlicher Lösung der Nachgeburt?

Gutachten erstattet
von
Professor L. Landau-Berlin.

Ein Arzt war nach einer spontanen, anscheinend regelmässigen Entbindung zur Naht eines Dammrisses einige Stunden nach derselben gerufen worden. Als er die Wöchnerin, bei der auch eine mässige Nachblutung aufgetreten war, behufs Operation auf das Querbett legte, nahm er im Scheideneingange liegend und sich nach oben fortsetzend eine placentarähnliche Masse wahr, von der er leicht zwei kleine Fetzen, welche auch der Hebamme als Placentastücke imponirten, abriss. (Die Placenta selbst war schon beseitigt worden.) Nunmehr ging er daran, den Placentarest zu entfernen, ging mit der Hand in die Scheide, umgriff das blutige Stück Gewebe, riss es mit einiger Gewalt heraus, obgleich demselben eine längere, ihm und der Hebamme für Nabelschnur imponirende Masse folgte. Als aber dem Zuge immer noch weitere Schlingen folgten, wurde er stutzig, hielt an und rief einen zweiten Arzt, B. zur Hilfe. Auch dieser hielt anfangs das vorliegende Stück für die Nabelschnur; bei näherem Hinsehen aber erkannte er, dass das angeblich über zwei Meter lange Stück Darm war. Beide Aerzte kamen überein, die Patientin, welche einen relativ guten Puls zeigte, in eine Privatklinik zu C. zu transloziren. Dies geschah und etwa 3 Stunden nachdem wurde die Kranke von C. und B. im Verein mit A. auf einen Stuhl gelegt, dort untersucht und festgestellt, dass es sich um eine Abreissung des Mastdarms und Herauszerrung von Dickdarmstücken handelte, welche ihres Gekröses beraubt aus der Scheide heraushingen; dies wurde auch durch Eingehen in die Scheide festgestellt, wobei ausser dem Dammriss noch zwei lange bis zum Scheidengrund gehende Längsrisse konstatirt wurden. Das Peritoneum wurde nicht verletzt gefunden. Wie weit die Abreissung des Darmes ging, konnte nicht festgestellt werden. Von einer Operation nahmen die Aerzte B. und C. Abstand, weil angeblich das Allgemeinbefinden durch Nervenerschütterung (Choc) ein zu schlechtes war, und weil nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte, wo der Bauchschnitt geführt werden könnte. Der Darm wurde, bis lebensfähiges Gewebe hervortrat, aus der Scheide herausgezogen, abgeschnitten, in die rektale Höhle zurückgeleitet, und mit einigen Knopfnähten am sphincter ani befestigt. Auch

am folgenden Morgen wurde von der Operation Abstand genommen, weil die Kräfte der Kranken noch mehr gesunken waren. Es wurde Opium und Kampher gereicht, und die Patientin am folgenden Tage in hoffnungslosem Zustande in ihre Wohnung zurücktransportirt, woselbst sie nach kurzer Zeit starb.

Nunmehr erstattete der Ehemann der Verstorbenen bei der Staatsanwaltschaft Anzeige gegen den Arzt wegen fahrlässiger Tötung.

Behördlicherseits wurde daraufhin die Exhumirung der Leiche und ihre gerichtliche Obduktion angeordnet. Aus dem hierbei aufgenommenen Protokoll seien als besonders bemerkenswerth folgende Punkte wiedergegeben:

1. Der Leib ist trommelartig aufgetrieben.

2. Der Scheideneingang ist stark erweitert, die Schleimhaut ist braun durchtränkt. Die sogenannte hintere Kommissur ist oberflächlich eingerissen und dieser Riss setzt sich nach dem After zu 1 cm weit fort. Der Damm ist jedoch nicht vollständig durchgerissen, sondern es besteht noch eine 1,5 cm tiefe Brücke zwischen Scheideneingang und After. Von diesem oberflächlichen Dammriss geht auf der linken Seite der Riss in die Scheidenschleimhaut über und setzt sich nach oben nach dem hinteren Scheidengewölbe zu fort, so dass sein oberes Ende vorläufig noch nicht bestimmt werden kann. Der Riss geht durch die ganzen Weichtheile der Scheide durch und man sieht darunter ein vollständig loses Darmstück von glatter Oberfläche liegen, welches mit seinem unteren Rande an der linken Seite des Afters mit einer Naht befestigt ist. Von diesem Längsriss aus geht etwa 2 cm von dem Scheideneingang entfernt nach rechts in bogenförmigem Verlauf ein Riss, durch welchen auf der rechten Seite ein etwa 4 cm langer Fetzen der Scheidenschleimhaut gebildet wird, der oben festsitzt und nach unten zu vollständig frei in die Scheide hineinragt. Die Ränder dieser Verletzungen sind alle unregelmässig fetzig und braunroth durchtränkt.

3. Der Dickdarm ist auf der rechten Seite bis zum ersten Drittel des Querdarms ohne Verletzungen. Von da ab setzt er sich plötzlich in einen dünnen glatten graugrünen Schlauch fort, der sich von dem normalen Darm scharf absetzt und an dieser Stelle fast rechtwinklig umbiegt, um unterhalb des Netzes und einiger Dünndarmschlingen nach der Mastdarmgegend zu ziehen und, wie oben beschrieben, am After zu endigen, wo er angenäht ist. Seine Länge beträgt 40 cm. Im oberen Abschnitt liegt er vollkommen lose in der Bauchhöhle, im unteren verläuft er völlig frei verschieblich bis zum hinteren Scheidengewölbe in einem zweiten Rohr, welches sich deutlich als der aus Bauchfellüberzug, Bindegewebe, Quer- und Längsmuskulatur bestehende äussere Theil des Dickdarms mit den diesem eigenthümlichen Querwülsten und Fettanhängen erweist. An einzelnen Stellen, besonders oben, ist dieses äussere Rohr eingerissen und es fehlen einzelne Mark- bis Fünfmarkstück grosse Stücke. Sein oberes etwa 15 cm langes Ende ist leer, während im unteren Abschnitt, wie erwähnt, der dünne Schlauch steckt. Das zuerst erwähnte, glatte Schlauchstück erweist sich dagegen als der innere Theil des Dickdarms, bestehend nur aus der Schleimhaut und dem grössten Theil der Ringmuskulatur. Der Mastdarm fehlt vollkommen bis auf den oben erwähnten äussersten Rand am After, ebenso ein langes Schleimhautstück, welches die Verbindung zwischen Mastdarm und dem unteren Ende des oben beschriebenen Schleimhautrohres gebildet haben muss. Es zeigt sich jetzt ferner, dass der rechte Scheidenriss weit nach oben bis an das Bauchfell reicht, an der Blase sich fortsetzt, das Bauchfell nicht verletzt, sondern nur im Beckenbindegewebe sich befindet, das überall unregelmässig fetzig, blutig durchtränkt erscheint. Der hintere Läng... der Scheide setzt sich ebenfalls weit nach oben bis hin... sogenannten Douglas'schen Raum fort, gleichfalls o... Bauchfell in Mitleidenschaft zu ziehen. Die hierdu... bildete grosse Höhle befindet sich in dem zwischen S... und Beckenknochen befindlichen Gewebe. Vom Harna... ist nur die Urethralmündung eingerissen. Nach Durchtre... der vorderen Scheidenschleimhaut in der Mitte sieht ..., dass der Scheidenlängsriss sich fast genau in der Mit... der Hinterwand 9 cm weit nach oben erstreckt und im ... Scheidengewölbe endigt. Der Querriss setzt sich im ... Winkel an diesen Längsriss an, etwa 2 cm vom Scheide... gang entfernt und verläuft in leichtem Bogen ziemlich ... quer in einer Länge von 9 cm nach rechts. Die Schleim... der Scheide ist missfarben, ein freier Bluterguss ist ... mehr nachweisbar. Die Gebärmutter zeigt normale p... rale Verhältnisse.

Auf Grund dieses Obduktionsbefindes gaben die ... zenten ihr Gutachten dahin ab, dass

a) der Tod der Wöchnerin in Folge der schweren ... letzung des Dickdarms erfolgt sei, und dass

b) diese Verletzungen durch die in viva vorgenomme... ärztlichen Eingriffe nach der Entbindung herv... bracht seien.

Auf Grund des Obduktions-Berichts und auf Grund ... Wahrnehmungen gaben dann die Sachverständigen B... ein motivirtes Gutachten ab, aus welchem wir folgende P... hervorheben:

Die in einem späteren Verhör seitens des Angeschul... gegen die Hebamme erhobenen Anklagen seien zu Unrec... macht worden. Die Hebamme habe durchaus korrek... handelt sowohl bezüglich der Zeit, die sie nach der G... bei der Wöchnerin zugebracht als auch durch Unterl... einer inneren Untersuchung. Die Behauptung des Beschul..., dass der fragliche Körper, also der Mastdarm, so weit ... legen habe, dass sein natürlicher Zusammenhang theil... hätte gelöst sein müssen und zwar in Folge der zu s... schen Geburt des kindlichen Kopfes und des zu kräftig ... geführten Druckes auf die Gebärmutter bei der Entwick... der Nachgeburt, sei nicht zutreffend, da eine derartig... Lockerung des Mastdarmes in der geburtshilfliche... Praxis nicht bekannt sei. Es sei vielmehr anzunehme..., dass der Mastdarm sich seitlich und hinten durchaus in seine... natürlichen Zusammenhange befunden habe, dass auch sei... Fortsetzung in den After ungetrennt gewesen sei; höchste... könnte die vordere Mastdarmwand dicht über dem After qu... eingerissen gewesen, das behauptete Hervorragen aber le... lich durch das Auseinanderweichen der zerrissenen Weich... theile vorgetäuscht worden sein. Uebrigens werde ja a... ein völliges Losgelöstsein auch von dem Angeschuldigten nic... behauptet, da er auch in seinen Angaben von „in der Schei... festhaftendem Stück Placenta“ spricht.

Der Arzt konnte den Befund nicht völlig deuten, ging aber dann an die Lösung der vermeintlichen Placenta. Dass er sich nicht im Uterus befand, darüber musste er sich klar sei..., weil er den umgriffenen Körper hatte sehen können und ... Arm und Hand nicht besonders weit einzuführen brauchte. Die Ueberlegung, dass es doch etwas Unmögliches sei, dass eine Nachgeburt wieder unten festsitze, musste ihn auf Grund selbst geringer Kenntnisse in diesem Augenblick vor unbesonnenen Eingriffen schützen. Aus der späteren Untersuchung in der Klinik stehe fest, dass der Darm soweit vorgezogen war, als es überhaupt ging, er war an seiner Dehnbarkeitsgrenze angelangt, wie man auch die feste Strangulation mit aufgerolltem Netz, die sich dann bei der Sektion fand, nicht

ıe Kraftaufwand entstanden denken könne. Die Sektion be als Todesursache nichts weiter als die schwere rletzung ergeben, weder sei eine nennenswerthe ıere Blutung gefunden worden noch auch sichere ichen von Peritonitis oder Sepsis an der Scheidennmwunde. Es entspreche auch der allgemeinen Erfahrung, ss eine so schwere Verletzung an sich schon den Tod zur lge habe, sei es durch Collaps, Shok, sei es durch Aufnahme n Fetttröpfchen in den Kreislauf. Dafür spreche auch das gebniss des Krankheitsverlaufs.

Es ergeben sich also aus diesen Erwägungen folgende hlüsse:

1. Vor dem inkriminirten Eingriff bestanden ungewöhnliche erhältnisse
   a) durch eine mehr als gewöhnliche Blutung, sei es aus dem Scheidendammriss, sei es aus der Gebärmutter;
   b) der Scheidendammriss erstreckte sich weiter als gewöhnlich in die Scheide hinauf und verzweigte sich über den Scheideneingang noch quer nach rechts.
2. Der betreffende Arzt habe in der irrthümlichen Anıhme, eine Nachgeburt zu lösen, den Mastdarm aus seinen atürlichen Verbindungen mit der Hand ausgeschält und ahrscheinlich auch aus dem After ausgerissen und die dann ılgenden Darmtheile in dem falschen Glauben, es sei eine abelschnur, über 2 Meter lang hervorgezogen.
3. Der Tod der Wöchnerin ist durch diesen Eingriff verchuldet.
4. Der Arzt hätte bei der erforderlichen ärztlichen Vorıcht seinen Irrthum erkennen müssen, sowohl bevor er überıaupt eingriff, als auch, ehe er den Darm in solcher Länge orzog; er hätte somit bei Beobachtung der nöthigen ırztlichen Aufmerksamkeit, zu der er verpflichtet var, den Tod der Frau als mögliche Folge seiner manuellen Eingriffe voraussehen müssen. Ein starker Scheidenriss allein oder die Lockerung des Mastdarms hätten im Allgemeinen len Tod nicht herbeiführen können, so wenig ein solcher ausgedehnter Dammriss eine lebensgefährliche Verletzung darstellt, zumal wenn er kunstgerecht behandelt wird. Eine schon bei der Geburt erfolgte Lockerung des Mastdarms sei nicht anzunehmen, jedenfalls wäre ihre Bedeutung nur von richtiger Behandlung abhängig gewesen.

Es sei also dahin zu resumiren:

Die starken Scheidenrisse allein hätten mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht den Tod der Frau herbeigeführt, ebensowenig die angeblich — aber wahrscheinlich nicht — vorhanden gewesene Lockerung des Mastdarms.

Bezüglich des Erfolges einer Operation äussern sich die Sachverständigen in folgendem Sinne:

Die Hoffnung, von unter her lebensfähigen Darm zu erreichen, erwies sich bei der Untersuchung trügerisch, da der Darm allerwärts ohne Gekröse war, und ein leichter Zug am Darm liess erkennen, dass ein weiteres Herabholen desselben ohne Gewalt sich nicht ermöglichen liess, dass also mit anderen Worten allein ein Bauchschnitt Hilfe schaffen konnte. Die Aussage des Beschuldigten, die Konsulenten hätten sich über den guten Puls gewundert, sei dahin zu berichtigen, dass der Puls nur im Verhältniss zur Verletzung als gut angesehen werden konnte, nicht aber als verheissungsvoll für den Erfolg einer eingreifenden Operation. Im Gegentheil habe der hinzugezogene Gynäkologe sofort bei der Ankunft in der Klinik konstatiert, dass der Puls sich seit $1^1/_2$ Stunden schnell verschlechtert hatte, derart, dass durch einen operativen Eingriff der tödtliche Ausgang nur beschleunigt werden würde. Dazu sei hinzugekommen, dass die operativen Aufgaben, nämlich 1. Entfernung des dem Absterben verfallenen Darmstückes und 2. Etablirung eines künstlichen Afters zwar zur Lebenserhaltung unerlässlich waren, aber sich nicht gegen die augenblickliche Lebensgefahr richteten, die einzig in dem plötzlichen Zusammenbruch (Collaps, Shok, Fettembolie) bestand. Zu deren Bekämpfung sei eine Operation das denkbar Ungeeignetste gewesen. Dagegen bestand die entfernte Möglichkeit, dass die Patientin sich noch einmal aus dem schweren Zusammenbruch erholen könnte, ehe noch die Folgen des Darmabsterbens wirksam würden. In diesem Sinne wurde die Frau geschont und ihr während der folgenden Nacht zweistündlich eine Kamphereinspritzung verabfolgt. Am nächsten Morgen sei in Anbetracht der weiteren Verschlechterung des Zustandes erst recht von einer Operation Abstand genommen worden. Dieser Zustand sei weiterhin von gleichem Charakter geblieben ohne Hinzutritt von deutlichen Symptomen des Darmverschlusses oder einer Bauchfellentzündung, so dass Pat. an ihrem Collaps bezw. ihrer Fettembolie zu Grunde ging.

Ergo: Durch eine Operation konnte der tödtliche Ausgang der Operation nicht verhindert werden.

Von der Staatsanwaltschaft wurde nunmehr ein Gutachten von mir eingeholt, welches ich hier unverkürzt abdrucke:

Die aktenmässig festgestellten Vorgänge nach der Entbindung der Frau H. und der Obduktionsbericht ergeben unzweifelhaft, dass der Tod der Frau H. in Folge der von dem Angeschuldigten, Dr. X., verursachten Verletzungen eingetreten ist. Er hat den Mastdarm und grössere Theile des Dickdarms schwer beschädigt, und da der Schaden nicht sofort verbessert wurde oder verbessert werden konnte, war der Tod bei der Art der Verletzungen unausbleiblich. Er musste schon in Folge von Brandigwerden nicht genügend ernährter Darmtheile eintreten und erfolgte thatsächlich, wie die Krankheitserscheinungen und der Obduktionsbericht lehren, durch akute Blutvergiftung (Sepsis).

I.

Der zur Naht eines Dammrisses herbeigerufene Angeschuldigte erblickte im Scheideneingange der vor ca. vier Stunden entbundenen Frau H. eine nachgeburtsähnliche Gewebsmasse, von der er zwei Fetzchen abriss, die ihm und der Hebamme als Nachgeburtstheile imponirten. Nunmehr versuchte er, mit einem Griff die ganze Masse herauszuholen. Dies gelang ihm, indem er, wie sich später herausstellte, den Mastdarm fasste, ihn und mit ihm nach Aussage der Zeugen noch etwa $2^1/_2$ m Dickdarm ausriss. Da das von dem Angeschuldigten herausgezerrte und später von Dr. C. abgeschnittene, angeblich $2^1/_2$ m lange Darmstück weder genauer beschrieben, noch aufgehoben ist, so kann man den thatsächlich zugefügten Defekt nur aus den in der Leiche noch vorhandenen Theilen kombiniren.

In Nummer 21 des Obduktionsprotokolles heisst es: „Der Dickdarm ist auf der rechten Seite bis zum ersten Dritttheil des Querdarms ohne Verletzung, von da ab setzt er sich plötzlich in einen dünnen, glatten, graugrünen Schlauch fort, welcher sich von dem normalen Darm scharf abgrenzt. Dieser Schlauch biegt an dieser Stelle fast rechtwinklig um und zieht unterhalb des Netzes und einiger Dünndarmschlingen nach der Mastdarmgegend und endigt, wie in 12 beschrieben, am After, wo er angenäht ist. Seine Länge beträgt 40 cm. Im oberen Abschnitt liegt er vollkommen lose in der Bauchhöhle; im unteren verläuft er völlig frei verschieblich bis zu dem hinteren Scheidengewölbe in einem zweiten Rohr, welches sich deutlich als der aus Bauchfellüberzug, Bindegewebe und Quer- und Längsmuskulatur bestehende äussere Theil des Dickdarms mit den diesem eigenthümlichen Querwülsten und Fettanhängen erweist. An einzelnen Stellen (am

stärksten in seinen oberen Abschnitten) ist dieses äussere Rohr eingerissen und es fehlen einzelne Stücke von Mark- bis Fünfmarkgrösse. Sein oberes Ende, etwa 15 cm lang, ist leer, während in den unteren Abschnitten, wie erwähnt, der dünne Schlauch steckt."

Da das Colon ascendens und ein Drittel des Colon transversum intakt gefunden wurden, so können sich die Beschädigungen und Abreissungen nur auf das zweite Drittel des Colon transversum, das Colon descendens, die Flexura sigmoidea und das Rectum beziehen. Da die gesammte Länge dieser Theile im Mittel normal etwa 80—100 cm beträgt, ausserdem aber noch 40 cm Dickdarmmucosa nebst Peritonealüberzug plus Muskulatur (wenn auch von der Mucosa abgelöst) als vorhanden notirt sind, so können sicher 2½ m Dickdarm nicht ausgerissen sein, sondern erheblich weniger. Dennoch hat, wie durch Zeugenaussagen festgestellt ist, das ausgerissene Stück über 2 m betragen. Die Erklärung liegt darin, dass eben keineswegs der „Dickdarm" in toto, sondern im Wesentlichen nur das Schleimhautrohr sammt einem Theil der ihm nächstgelegenen Ringmuskulatur aus dem äusseren Dickdarmrohr, der Muskel- und Bauchfellhaut, herausgezerrt worden war. Dieses innere Rohr aber war durch den Zug erheblich gedehnt worden, gerade so wie man eine kurze elastische Gummiröhre zu einer langen mit viel geringerem Durchmesser auszerren kann. Nur so erklärt sich die Differenz zwischen den Angaben der Zeugen über das Mass der herausgerissenen Darmschlingen und dem objektiven Befund des Darmes bei der Obduktion, und nur so erklärt sich, dass den Zeugen und Sachverständigen ebenso wie dem Angeschuldigten dieser ausgezerrte unn kleinkalibrig gewordene Darminnenschlauch als ein nabelschnurähnliches Gebilde imponirte. Thatsächlich ist also nicht 2½ m Dickdarm sondern, im Wesentlichen, wie auch der Obduktionsbericht lehrt, nur Innenschleimhaut des Dickdarmes ausgezerrt worden.

Hierbei bemerke ich aus eigener, persönlicher, bei Operationen gewonnener Erfahrung, dass es ausserordentlich leicht ist, bei der Lebenden aus einem bei der Operation (in Folge der Abtrennung angewachsener Krankheitsprodukte) in seinen Aussenschichten eingerissenen Darm das Schleimhautrohr oder Schleimhaut- und Ringmuskelrohr auszuhülsen. Ganz mühelos trennen sich bei solcher Gelegenheit die einzelnen Schichten des Darmes von einander. Herr Professor A. hat „über anlässlich dieses Falles an der Leiche gemachte Untersuchungen zu berichten" Herrn Dr. B. waren diese „Formveränderungen und Schichtentrennungen" am menschlichen Darm „aus der Zeit seiner Thätigkeit als Assistenzarzt an einem pathologisch-anatomischen Institut bekannt." Dem einfachen Arzt kann es aber nicht verdacht werden, dass er dieses Verhalten der Darmwandungen nicht kannte und dies, als ihm ein solch unglückliches Ereigniss passirte, nicht sofort merkte.

Die Herren Sachverständigen sind nun der Ansicht dass der Dickdarm sich aus seinem Bauchfellüberzug herausgezogen habe, indem er dem Mastdarm, der vom Angeschuldigten ganz herausgelöst und wahrscheinlich aus dem After herausgerissen sei, folgte. Es lässt sich aber aus dem Obduktionsprotokoll wie aus den vorhergehenden Untersuchungsbefunden der Sachverständigen keineswegs behaupten, dass eine solche Auslösung und Herauszerrung des ganzen Mastdarms wirklich stattgefunden hat. In Nummer 13 heisst es: „Der After ist weit offen, der Rand desselben wird durch leichte Hämorrhoiden umkränzt. Von da geht die Schleimhaut des Mastdarms noch 2 cm nach oben und ist dann ringsherum unregelmässig fetzig eingerissen." Da aber der Mastdarm ausser der Schleimhaut noch einen Muskel- und Bindegewebsmantel besitzt, muss man, wenn diese Beschr… richtig ist, schliessen, dass diese äussere Hülle des Mast… erhalten war. Nun heisst es aber in Nummer 22: „Der M… darm fehlt vollkommen bis auf den oben erwähnten äusse… Rand am After, ebenso ein langes Schleimhautstück, we… die Verbindung zwischen Mastdarm und dem unteren … des oben beschriebenen Schleimhautrohres (in Nummer … und 21) gebildet haben muss." Wie ist das zu verste…? Fehlte das „lange Schleimhautstück" oder war es da? … muss annehmen, die Obduzenten wollen sagen, es war …, denn es war ja im Satze vorher gesagt: „Der Mastdarm … vollkommen", und es wäre doch sonderbar, wenn der M… darm vollkommen fehlt, noch besonders zu bemerken, … auch ein Theil seiner Schleimhaut fehlt. War es aber … handen, so konnte es nur an der hinteren Wand ge… haben, wie sich das aus der natürlichen Lage des Mastd… ergiebt. Dann konnte aber die dem Kreuzbein anliegend… sammte hintere Wand des Mastdarms nicht weggerissen …, da es anatomisch unmöglich ist, von dieser Stelle die … kulatur isolirt herauszureissen, ohne den Schleimhautüber… zu fassen. Wird hier die Muskulatur weggerissen, so … die Schleimhaut nicht intakt zurückbleiben.

Noch aus einem anderen Grunde scheint die in Nummer … des Obduktionsprotokolles fixirte Beobachtung „der Mastd… fehlt vollkommen" nicht richtig zu sein. In Nummer 2… ausdrücklich bemerkt, „dass der rechte Scheidenriss weit … oben, bis an das Bauchfell rechts an der Blase sich fort…, das Bauchfell nicht verletzt, sondern nur in dem Beck… gewebe (soll wohl heissen Beckenzellgewebe) sich be…, welches überall unregelmässig fetzig, blutig durchtränkt … erweist", und weiter in Nummer 24: „Der hintere Längs… der Scheide setzt sich ebenfalls weit nach oben bis hinte… sogenannten Douglasischen Raum fort; ebenfalls aber … das Bauchfell zu verletzen." Nur die eine oder die … Behauptung kann richtig sein. War der Mastdarm … gerissen, so dass er „vollkommen fehlte", so musste das … toneum mit abgerissen resp. eingerissen, also verletzt sei…, ja der Mastdarm sich über den Boden des Douglasische… Raumes hinauf erstreckt. War aber das Peritoneum be… die Douglasische Tasche unverletzt, so konnte allerdings … innere Schlauch des Mastdarms, Schleimhaut eventuell mit … haftender Muskulatur zerrissen sein, aber der peritone… Ueberzug der überhaupt mit Peritoneum versehenen vorder… Mastdarmwand sammt entsprechender Muskellage musste m… destens in der Ausdehnung des unversehrten Peritoneums e… halten sein. Auch an der unteren Fläche der hinteren Scheide… wand kann möglicherweise die mit dieser normal intim ver… bundene vordere muskuläre Mastdarmwand in höherer Aus… dehnung als 2 cm nach oben (s. Obdukt.-Protok. No. 13 noc… theilweise gesessen haben. Eine ganz exakte Untersuchung … dieser Verhältnisse ist natürlich bei der Obduktion fünf Ta… post mortem bei einer exhumirten Leiche nicht mehr möglich, da die cadaveröse Zersetzung bis dahin schon zu weit gegangen ist, wie diese cadaveröse Zersetzung auch in der Bauchhöhle manche Verhältnisse verwischt haben mag.

In Nummer 17 heisst es: „Bei Eröffnung der Bauchhöhle entströmt eine reichliche Menge stinkenden Gases" . . . I… Nummer 19: „In der Bauchhöhle war eine reichliche Menge missfarbener, brauner, mit grossen Fetttropfen vermengter Flüssigkeit." Bekanntlich gehen am ehesten der Darm und die ihm benachbarten Bauchorgane in die postmortale Fäulniss über. Sie erweichen, werden matsch und verlieren durch die Entwickelung der zahllosen Fäulnisskeime (Bakterien) auch an der Oberfläche ihren natürlichen Glanz. Inwiefern es unter diesen Verhältnissen den Obduzenten noch möglich war, bei

er exhumirten faulenden Leiche zu konstatiren (Obdukt.-otok. No. 37) „der Dünndarm zeigt eine glatte, spiegelnde erfläche von grünlicher Farbe“ oder (No. 39) „Das Bauchl ist überall glatt und spiegelnd“, ist für mich auffallend.

Aus alledem folgt, dass es nicht erwiesen ist, dass der geschuldigte, wie die Sachverständigen auf Grund des Obktionsresultates angeben, den ganzen Mastdarm umgriff, und ihm und mit ihm die weiteren Dickdarmpartien herausrrte. Bezüglich des späteren Verlaufs der Erkrankung nach schehener Verletzung und des definitiven Ausganges können e hier hervorgehobenen Bedenken gegen die von den Sachrständigen behaupteten Angaben über das Quantum und uale, insbesondere des ausgerissenen Mastdarms, für unereblich erachtet werden. Aber bezüglich der Beurtheilung er Verschuldung des Angeklagten und der Rohheit des Einriffes ist es nicht gleichgiltig, ob man es für erwiesen hält, er Angeschuldigte hätte den gesammten Mastdarm völlig und 1/2 m Dickdarm in toto ausgerissen, oder ob man annehmen arf, die Verletzung sei anderer Art und gestatte bezüglich es Vorgehens des Angeschuldigten andere Schlüsse, als sie ie Herren Sachverständigen gezogen haben.

Sei nun dies oder jenes der Fall, unter allen Umständen aben meiner Meinung nach bei der lebenden Frau H. besonders komplizirte Verhältnisse vorgelegen, welche eben in ler Leiche nicht mehr konstatirt werden konnten, und welche wir darum aus den Angaben der Zeugen bei der Entbindung und den Obduktionsresultaten kombiniren müssen, wobei wir zu prüfen haben werden, ob die von dem Angeschuldigten vorgebrachten Angaben über seinen Modus procedendi unmöglich sind oder nicht vielmehr gerade die Art der geschehenen Verletzung erklären können.

Die hier nothwendig vorhanden gewesene Komplikation kann ich freilich nicht in einer vom Angeschuldigten behaupteten spontanen Abreissung des gesammten Mastdarmes aus seinen Verbindungen erblicken, die meines Wissens bei einer spontanen Entbindung weder beobachtet, noch je beschrieben worden ist. Sie kann vielmehr lediglich in den durch den Geburtsdruck hervorgerufenen tiefen und langen Scheidenrissen, in der durch denselben bedingten Abreissung einer grossen Partie der hinteren Scheidenwand und in der Vorbauchung und einer gleichzeitigen Einreissung der vorderen Mastdarmwand bestanden haben. Auch die Möglichkeit ist vorhanden, ja, nicht einmal ganz unwahrscheinlich, dass es sich bei der p. H. um einen schon vorher bestandenen Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Rectocele (Mastdarmbruch) oder gar um ein Mastdarmdivertikel gehandelt hat; eine so entstandene Verdünnung der vorderen Mastdarmwand konnte eine Zerreissung daselbst begünstigen. Es wäre nach dieser Richtung hin wichtig, festzustellen, ob die Verstorbene nicht in den letzten Monaten der Schwangerschaft an Erscheinungen solcher Affektionen, wie Beschwerden beim Stuhlgang, besonderem Heraustreten von Hämorrhoiden etc. gelitten hat.

Was die Scheidenrisse betrifft, so nehmen ja auch die Sachverständigen an, dass sie nicht vom Angeschuldigten verursacht sind. Sie sind spontaner, intra partum entstandener Art. Das folgt aus der Form der Risse. Dieselben umgreifen in der den Geburtshelfern bekannten von Freund als typisch geschilderten Weise die Columna rugarum auch in diesem Falle (Vergl. J. Veit: Handbuch d. gesammten Gynaekol. Theil II, S. 165). Auch die Prävalenz des längeren Risses in der linken Seite ist als typisch geschildert. Gerade bei schnellen Entbindungen — und um eine solche handelt es sich hier, da der Muttermund um 12 Uhr erst dreimarkstückgross war und die Entbindung schon nach $2^1/_2$ Stunden folgte — pflegen solche Einrisse spontan nicht selten vorzukommen.

Schon der Umstand, dass die Scheide bis auf diese Risse intakt gefunden wurde, beweist, dass eine Auslösung des Mastdarms und ein Ausreissen aus dem After durch den Angeschuldigten in der von den Sachverständigen angenommenen Weise gar nicht stattgefunden haben kann. Die Scheide hätte dann mehr zerfetzt, vielleicht auch zum Theil mit weggerissen sein müssen. Gelingt die Ausreissung des gesammten Mastdarms aus dem After ja doch selbst an der Leiche, wo man den Darm vom kleinen Becken aus in der günstigten Zugrichtung mit der vollen Faust umgreifen kann, nur mit besonderer Kraftanstrengung. Vielmehr muss die vordere event. abnorm vor- oder ausgebauchte Mastdarmwand durch die gleiche Geburtsgewalt, die den Scheidenriss erzeugt, miteingerissen sein.

Derartige Zerreissungen der Scheidenmastdarmwand bei sonst normalen Geburten kommen mit Sicherheit vor, wenn auch sehr selten, zuweilen sogar selbst ohne jede äussere Zerreissung des Dammes: Einer der erfahrensten Geburtshelfer, Spiegelberg, erwähnt diese Art der spontanen Geburtsverletzung in seinem „Lehrbuch der Geburtshilfe“ (1878 S. 677) ganz ausdrücklich. Andre der besten Autoren (v. Winckel, Lehrb. d. Geburtsh. 2. Aufl. S. 693) rubriziren solche Vorkommnisse als „versteckte“ Dammverletzungen. Dass die Hebamme die starke Zerreissung der Scheide und den Einriss der Mastdarmwand nicht bemerkte, ist sehr wohl erklärlich, da diese Risse nicht zu Tage lagen und die Hebamme weder ein Recht, noch die Veranlassung hatte, eine innere Untersuchung vorzunehmen. Markiren sich doch auch isolirte tiefe und lange Scheidenrisse nach der Entbindung keineswegs gewöhnlich durch Schmerzen, sondern am ehesten durch Blutungen, wie sie in der That auch im vorliegenden Fall von der Hebamme beobachtet und bei ihrer Vernehmung von ihr berichtet worden sind.

War nun bei Lage der Sache der Angeschuldigte im Stande, oder musste er im Stande sein, die ausser dem Dammriss, zu dessen Operation er gerufen war, vorhandenen Verletzungen zu bemerken und zu erkennen, dass die im Scheideneingange sichtbare und sich hinauf in die Scheide erstreckende, auch von der Hebamme konstatirte Gewebsmasse nicht ein Theil der Nachgeburt war? Denn hierauf spitzt sich die Frage nach seiner fahrlässigen Verschuldung zu. Denn mit dem Moment, wo man anerkennen kann, dass nach Ueberlegung und Prüfung der Situation die Annahme, es läge noch ein Stück Nachgeburt in der Scheide, als eine auch bei genügender Aufmerksamkeit mögliche festgestellt wird, darf die einem solchen diagnostischen Irrthum folgende beklagenswerthe therapeutische Konsequenz wohl als ein Akt mangelnder Uebung, Erfahrung und Intelliganz, aber nicht als ein Akt, hervorgerufen durch Fahrlässigkeit, bezeichnet werden.

Es ist unschwer, nach einem tödtlichen Ausgange durch die Feststellung der bei der Obduktion gefundenen Veränderungen und auf Grund einer nicht immer genauen Schilderung des Herganges bei der Operation ex post Kunstfehler und Fahrlässigkeit der Hilfeleistenden zu konstruiren. Aber der Sachverständige darf den Sachverhalt nicht bloss vom Standpunkt des pathologischen Anatomen beurtheilen, der die fertigen Produkte, Verletzungen und deren Folgen, klipp und klar in der Leiche vor Augen sieht. Vielmehr ist derselbe verpflichtet, sich die Vorgänge so vorzustellen, wie sie sich im Leben zugetragen haben. Er muss sich vor Augen halten, wie anders die in Frage kommenden Theile ihrem Gefüge, ihrer Farbe und ihrer Konsistenz nach sich dem Auge und den Händen des Operateurs präsentiren, als sie sich ihm post mortem darstellen. Zur Prüfung dieser Frage müssen wir uns den Status bei der p. H. vergegenwärtigen, bei der 3—4

Stunden nach der Entbindung von dem Angeschuldigten ein Dammriss genäht werden sollte und bei der sonst keinerlei subjektive Erscheinungen vorlagen, welche auf andere schwere innere Verletzungen hätten schliessen lassen. Ueber die vorhandene Blutung, welche natürlich sowohl für zurückgehaltene Nachgeburtsreste, als auch für Zerreissungen sprechen konnte, war dem Angeschuldigten bis dahin nichts berichtet worden. Bei Lagerung der Wöchnerin zur Vornahme der Naht konstatirte er und die Hebamme einen aus der Scheide ragenden nachgeburtsähnlichen Körper. Eine Veranlassung, eine Untersuchung vorzunehmen, hatte er bei der Symptomlosigkeit des Risses um so weniger als er sich sagen musste, dass er durch diese den zu nähenden Dammriss nur noch vergrössern konnte. Es ist auch fraglich, ob ihm, der ohne Assistenz war, bei einer nicht chloroformirten, frisch entbundenen, empfindlichen Frau eine für die Eruirung der vorliegenden Verhältnisse nöthige innere Spiegeluntersuchung möglich gewesen wäre. Seine Frage, ob denn die Nachgeburt ganz abgegangen sei, wurde von der Hebamme zwar bejaht; aber gegenüber der Thatsache, dass die Antworten der Hebamme, ja, auch der Aerzte in dieser Beziehung nicht immer auf absolute Zuverlässigkeit Anspruch machen dürfen, weil nur zu leicht am Rande sitzende, abgelöste Placentarlappen der Aufmerksamkeit entgehen können, schien ihm das in der Scheide steckende Gebilde an sich gegen die Behauptung der Hebamme zu sprechen. Ueberdies hatte er keine Möglichkeit, sich von der Richtigkeit der Behauptung der Hebamme zu überzeugen, dass die Placenta ganz abgegangen sei, denn diese war bedauerlicherweise, wie die Hebamme und die Mutter der p. H. bekunden, beseitigt worden. Wäre die Nachgeburt aufgehoben und vom Arzt revidirt und als vollständig befunden worden, so hätte der Angeschuldigte ein Fehlen von Placentarresten natürlich nicht annehmen dürfen. So aber gewann seine Meinung, er hätte Nachgeburtsreste vor sich, um so mehr Nahrung, als er nach Abzupfen zweier Fetzen Gewebes auch von der Hebamme die Bemerkung hörte, das sähe ja aus wie Nachgeburt. Nun griff er zu, riss das für einen Placentarrest imponirende vorliegende Gewebe vor, hatte alsbald die ausgehülste Darmschleimhaut in der Hand und richtete dann durch Zug die weiteren Zerstörungen an.

Natürlich sieht ein Mastdarm, der aus der Leiche herauspräparirt ist, anders aus, wie eine abgewaschene Placenta. Wer aber die Vorgänge in den Genitalien, das Aussehen der inneren Genitalorgane bei der lebenden, frisch Entbundenen 3—4 Stunden post partum beurtheilt, weiss, dass ein mit Blut verbackener, abgerissener, blaurother, ödematöser Scheidenlappen, mit dem der zerrissene und durchblutete Mastdarm sammt seinem periproktalen haemorrhagisch-infiltrirten Bindegewebe verbunden ist, makroskopisch von einem mit Blutgerinnungsmassen umgebenen Placentarstück nicht zu unterscheiden ist. Die langen und tiefen Scheidenrisse, die eingerissene Mastdarmwand, der blutreiche Zustand des mit Haemorrhoiden umkränzten Mastdarmes und der ausserdem noch durch die Geburt als solche vermehrte Blutreichthum in der Beckenhöhle, alle diese Momente konnten hier sogar eine besonders starke Durchblutung des lockeren periproktalen Bindegewebes bewirken und die Möglichkeit einer Missdeutung noch erhöhen. Diese Blutansammlungen im Zellgewebe des Mastdarmes mögen auch dann von beiden Seiten der Scheide, namentlich aber von der linken Seite her (Stelle des grösseren Scheidenrisses) den Mastdarm stark nach aussen vorgedrängt haben, sodass er wie ein Wulst über das Niveau des Scheidenrisses sich hinausbauchte und so mit seiner Umgebung das Aussehen eines schwammigen, unregelmässig geformten, in der Scheide liegenden Nachgeburtsrestes vortäuschte.

Mir selbst ist von Scheidenoperationen her diese Blutanhäufung im peroproktalen Bindegewebe und die dur Blutanhäufung hervorgerufene Verdrängung des Mast wohl bekannt, und wenn eine Behauptung resp. eine be tete Wahrnehmung des Angeschuldigten, dass er an der Seite des Uterus noch einen uterusähnlichen Körper zu glaubte, richtig ist, ist es mir durchaus wahrscheinlich sich hier im linken oberen Scheidengrunde extraperitone Blutgeschwulst gebildet hatte.

War es für den Angeschuldigten schwer, sich Assistenz, ohne Narkose und schliesslich ohne zwingen Grund von dem abnormen Verhalten der inneren, in zirter Weise spontan beschädigten Genitalien resp. des darmes zu überzeugen und durfte der Angeschuldigte aus den genannten Gründen die Vermuthung hegen, dass es um einen in der Scheide sitzenden, vielleicht noch in Gebärmutter festgehaltenen Placentarrest handelte, so ers es erklärlich und folgerichtig, dass er nunmehr den verm lichen Placentarrest zu entfernen versuchte. Dies führ in derselben Weise aus, wie man in der That einen wi in der Scheide liegenden Rest entfernt, indem er ihn an und herauszog. Mit dem Moment, dass es ihm durch leich oder stärkeren Zug gelungen war, den vermeintlichen Re entfernen, in Wirklichkeit sich in den lädirten Mastd dissecirend einzubohren, das Hervorgezogene zu umgreifen abzureissen, war das Unglück geschehen. Denn alle wei Verletzungen waren lediglich die Konsequenz der ersten da er das entfernte Stück seinem Gefüge nach nicht an deuten konnte, denn als Placentarrest, weil es makrosk von einem solchen nicht zu unterscheiden war und nun ohne wesentliche Kraftanstrengnng von seiner Seite notorisch nabelschnurähnliches Gebilde folgte, musste seiner Meinung, Placenta vor sich zu haben, nur be werden. So zog er an dem Gebilde immer weiter darüber stutzig zu werden, dass doch in der Regel P der Nabelschnur nicht voranzugehen pflegt. Ob si der Angeschuldigte dieses seltsame Faktum später z gelegt hat oder ob man ihm glauben darf, dass er während die vermeintliche Nabelsch nur folgte, an ein Zw kind gedacht hat — richtig ist, dass die von ihm behaup von den Sachverständigen als „unmöglich“ abgelehnte Ev tualität der eigenthümlichen Aufeinanderfolge von Plac und Nabelschnur bei der Geburt thatsächlich besteht. B sonders bei Zwillingen, namentlich bei Tiefstand der Plac kann erst ein Kind geboren werden, dann die dazu geh Nabelschnur und Nachgeburt folgen, dann die zum zwei Zwilling gehörige Nachgeburt, dieser die Nabelschnur u endlich der zweite Zwilling. Was der Angeschuldigte auch gedacht haben mag — als er gewahr wurde, dass hi eine für ihn unverständliche Abnormität vorlag, that er dieser Sachlage alles, was er thun konnte, d. h. er sandte schleunigst nach einem anderen Arzt. Dass aber der An schuldigte bei allen seinen Manipulationen nicht mit ro Gewalt vorgegangen ist, dafür sprechen in objektiver W die durch das Obduktionsresultat erklärten Thatsachen, das er erstens den Dammriss, den zu nähen er gerufen war, nicht vergrössert und dass er zweitens auch den Bauchfellüber zug, der den hinteren Scheidengrund und den Douglasischen Raum überkleidet, nicht verletzt hat. (Siehe Obduktionsbericht Nummer 12, 23 und 24.) Dieser letztere wäre jedenfalls ver letzt worden, wenn er den Mastdarm als Ganzes auch nur mit einiger Gewalt in die Scheide hineingerissen hätte.

Aus dieser Unverletztheit des Bauchfells aber folgt auch zugleich des Weiteren, dass der Angeschuldigte mit seinen Manipulationen sich lediglich an den vorliegenden am Scheideneingange und in der Scheide liegenden Theil gehalten hat, we

iner Ausbildung, seinen Erfahrungen und Kenntnissen nach Jnheil anzurichten am allerwenigsten vermuthen konnte. Damit komme ich auf einen Punkt, der bei Beurtheilung Kunstfehlern der allgemeine Praxis treibenden Aerzte berücksichtigt werden muss: das ist die Ausbildung, die Mediziner von Staatswegen erhält. Aus den Akten ert sich, dass die Ausbildung des Angeschuldigten, der sein sikum und Staatsexamen mit gut bestanden hat, mindestens der Durchschnittsärzte ist, sodass er formell sicherlich betigt war, sich für einen Geburtshelfer zu halten. Thatılich aber ist der Angeschuldigte in dieser Beziehung für en späteren Beruf auf der Universität nur ungenügend bereitet worden. Die Organisation in den geburtshilflichen ıiken, welche oft mit Zuhörern überfüllt sind und deren ırstoff durch Hinzufügung der Gynäkologie übermächtig vorden ist, gestattet jetzt noch weniger wie früher eine halbwegs vollkommene praktische Erziehung des jungen diziners. Derselbe wird, wenn er nicht das besondere ick hat, Famulus oder Volontärarzt zu werden, im Wesenthen nur theoretisch ausgebildet. Die sogenannte Leitung r vier normalen Entbindungen ist bedeutungslos, der junge aktikant lernt es nicht, selbst Hand anzulegen, weder einen ımmriss selbst zu nähen, noch einem komplizirten Scheidener Gebärmutterriss zu beurtheilen oder gar zu operiren. lernt nicht einmal Auskratzungen zu machen. Man kann ıher von einem Durchschnittsarzt, der einen so komplizirten all gegenübersteht, einem Fall, der seine Komplikationen icht einmal durch besondere Erscheinungen verräth, nicht rwarten, dass er instinktiv die gefährliche Situation übersieht. ır hat, wenn er so verfährt wie der Angeschuldigte, die Aufıerksamkeit, zu der ihn sein Beruf verpflichtet, so weit er s gelernt hat und lernen konnte, nicht ausser Acht gelassen, venn er eine falsche und in ihren Konsequenzen verhängnissolle Diagnose stellte. Mit Ausnahme weniger Studirender nüssen sich bedauerlicher Weise die Aerzte ihre frauenärztiche und geburtshilfliche Erfahrung erst in der Praxis kaufen und werden, wie es leider in der Natur der Sache iegt, erst durch den Schaden, den Andere erleiden, klug. Nur gut, dass der Schaden nicht immer ein irreparabler ist. Und noch ein Umstand spielt gerade in der Geburtshilfe für die Beurtheilung des ärztlichen Eingriffs eine grössere Rolle, als in jedem anderen Spezialgebiet der Medizin. Nicht wie anderwärts hat man hier stets zur Ueberlegung Zeit. Bei der hohen Verantwortung, die hier ein Zuwarten mit sich bringt, muss man rasch zufassen, und wie leicht selbst Geübte hier die Geistesgegenwart verlieren und bei der Fülle von Möglichkeiten und Aehnlichkeiten gerade das Falsche annehmen und ausführen, das lehrt uns die tägliche Erfahrung.

Aus allen diesen Gründen komme ich zu dem Schluss: Der Angeschuldigte hat in Anbetracht der komplizirten Verhältnisse des Falles, in Anbetracht seiner, das Durchschnittsmass der medizinischen Ausbildung nicht übersteigenden, aber keineswegs minderwerthigen Kenntnisse und Erfahrungen nicht fahrlässig gehandelt, indem er die irrige Diagnose auf einen in der Scheide befindlichen, durch Blutgerinnsel festbackenen Nachgeburtsrest stellte und in therapeutischer Verblendung die Konsequenz zog, dass er dieses Stück entfernen müsse. Der Angeklagte hat durch sein Verhalten den Tod der Frau H. zwar verschuldet, er hat aber nicht die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufs verpflichtet ist, bei seinem Eingriff ausser Acht gelassen.

II.

Die Annahme des Angeschuldigten, dass die p. H. auch in Folge der Scheidenrisse hätte sterben können, ist gesucht. Es spricht nichts dafür, dass sie eine für das Eintreten dieses Ereignisses nothwendige Infektion erlitten hat. Erfahrungsgemäs werden gerade tiefe Scheidenrisse von Wöchnerinnen ausserordentlich gut vertragen, ebenso pflegen Blutungen und Blutgeschwülste, unter Umständen allerdings oft erst nach Vereiterung, aber auch dann, ohne dass das Leben in Gefahr gebracht wird, auszuheilen. Ob die Hebamme verpflichtet gewesen wäre, eher nach dem Arzt zu schicken, die Nachgeburt aufzuheben, bei der Wöchnerin noch 2 Stunden zu verweilen, das muss nach dem Instruktionsbuch der Braunschweiger Hebammen entschieden werden. Sicherlich wäre die Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt einen so folgenschweren Irrthum begehen konnte, erheblich verringert, wenn nicht vielleicht ganz vermieden worden, wenn er durch eigene Inspektion sich von dem Verhalten der inzwischen fortgeworfenen Nachgeburt hätte überzeugen können. Auch wären die Verhältnisse für eine Beurtheilung des ganzen Falles erheblich günstiger gewesen, wenn er die Wöchnerin früher als nach 3—4 Stunden mit frisch blutenden Wunden gesehen hätte, ehe noch durch Gerinnung des Blutes an und in den Rissen, an und in der Scheide, durch Verklebung mit den Scheidenlappen und der lädirten vorgefallenen Mastdarmwand die Aehnlichkeit mit dem Nachgeburtsrest erzeugt worden wäre.

III.

Von dem Angeschuldigten ist endlich behauptet worden, dass die p. H. noch hätte gerettet werden können, wenn sie bald nach ihrer Verletzung in der Z.'schen Klinik operirt worden wäre, in welche sie zum Zwecke der Vornahme einer Operation von ihm und dem einen Sachverständigen Dr. Y. bald nach der Verletzung überführt worden war. Diese Behauptung des Angeschuldigten wird von den Sachverständigen, den Herren Doktoren A., B., C. bestritten: „Durch Operation konnte der tödtliche Ausgang der Verletzung nicht verhindert werden."

Um diese Frage zu entscheiden, muss auf die Todesursache der H. eingegangen werden. In der That haben die drei Sachverständigen sich ausführlich bemüht, eine Todesursache festzustellen, welche, wenn sie richtig wäre, ihre Passivität vielleicht rechtfertigen würde. Sie sagen: „Die Sektion hat sodann als Todesursache nichts weiter als die schwere Verletzung ergeben, und zwar auch diese nur als solche; es ist weder eine nennenswerthe Blutung, noch mit Sicherheit eine Bauchfellentzündung, noch Zeichen der Entzündung oder Sepsis an der Scheidendammwunde gefunden." „Es entspricht auch der allgemeinen Erfahrung, dass eine so schwere Verletzung an sich schon den Tod zur Folge hat, sei es durch die Erschütterung des Nervensystems (Collaps, Choc), sei es durch die zahlreich in den Kreislauf aufgenommenen Fetttröpfchen aus dem zerrissenen Gewebe." Das heisst also: die Verletzung als solche und nicht etwa deren Folgen oder die durch die unterlassene Operation etwa eingetretenen Folgen, sondern, wie sich die Sachverständigen später ausdrücken, der der Verletzung folgende Zusammenbruch, die Nervenerschütterung, hat den Tod zur Folge gehabt.

Dass diese Behauptungen sowohl im Allgemeinen — was hier nicht interessirt — als für den vorliegenden Fall unrichtig sind, lässt sich unschwer beweisen.

In früheren Zeiten, als man über die Ursache des Todes in solchen Fällen wie der vorliegende und ähnlichen wegen mangelnder Kenntnisse in der Bakteriologie und mangelnder klinisch-operativer Erfahrung nicht so orientirt war, wie seit etwa zwei Dezennien, spielte in der Statistik der Todesursachen der Choc und der Collaps eine grosse Rolle. Jetzt hat die Diagnose Choc in der Statistik der Todesfälle, besonders nach

Operationen, keinen angenehmen Beiklang, weshalb man sie vor Fachgenossen auch in denjenigen Fällen, die kurz nach einer Operation oder schweren Verletzung zu Grunde gehen, nur mit einer gewissen Schüchternheit stellt. Denn man hat sich immer mehr und mehr überzeugt, dass es, von sehr wenig Ausnahmefällen abgesehen, nicht Nervenerschütterung, Choc, Collapsus, sondern materielle Ursachen, Bakterien und deren Produkte, braune Atrophie des Herzens, Herzverfettungen, giftige Nachwirkungen von Chloroform auf Herz und Lungen, resp. das Athemzentrum sind, welche töten. Allenfalls darf man auch jetzt in seltenen Fällen noch als Todesursache Choc und Collaps annehmen, wenn der Tod sehr bald nach einer Verletzung oder Operation, während oder kurz nach einer solchen oder in der Narkose eintritt, aber auch dann nur unter den Umständen, wenn andere anatomisch-pathologische Ursachen fehlen oder nicht nachzuweisen sind. Wenn aber eine Patientin, wie hier, noch zwei Tage nach der Verletzung lebt, mit einem relativ guten Puls, einen für ihre Lage ausserordentlich beschwerlichen Transport nach der Klinik hin übersteht, und dann noch nach einer eingreifenden Untersuchung den Rücktransport nach der Wohnung überlebt, kann von einem Choc- oder Collapstod keine Rede sein. Der Tod durch Choc oder Collaps liefert doch ein ganz anderes Krankheitsbild, als das hier beschriebene. Sofort nach der Verletzung oder Operation wird der Puls unzählbar, sofort schwinden die Sinne, und das Sensorium bleibt bis zu dem im Collaps folgenden Tode benommen. Geht aber der Choc oder Collaps vorüber — nun so ist er eben geschwunden und Nichts darf alsdann verabsäumt werden, was eine Kranke noch hätte retten können. Keines der oben genannten für den Choc oder Collaps charakteristischen Merkmale war bei der p. H. vorhanden. Die Zeichen aber, welche die p. H. nach der Verletzung des Darmes bot und die vielleicht für kurze Zeit nach der Verletzung einen Collaps oder Choc vortäuschen konnte, aber rasch zurückgingen, sind so charakteristische Zeichen einer Darmverletzung an sich (wie bei Darmeinklemmungen, Ileus, Brandigwerden eines Bruches), dass ein grosser Zwang dazu gehört, um sie anders zu deuten. Es ist auch nicht wahrscheinlich, dass der von dem Angeschuldigten hinzugezogene Sachverständige Dr. B. an dem betreffenden Abend einen Choc oder Collapsus angenommen hat, weil es sonst unverständlich wäre, dass er die Kranke überhaupt in eine Klinik transportiren liess, denn es ist bekannt, dass Individuen mit Choc oder Collapsus thunlichst überhaupt nicht bewegt werden dürfen, weil sie sonst zu Grunde gehen. Ebenso wäre es unverständlich, dass er sie sogar zum Zwecke einer vorzunehmenden Operation transportiren liess, denn es ist bekannt, dass man bei Collabirten und im Choc befindlichen Kranken eine Operation nicht vornehmen darf, schon weil man sie nicht narkotisiren darf. Im Gegentheil wurde nicht blos von dem Angeschuldigten, sondern auch von den drei Sachverständigen ein relativ guter Puls konstatirt. Aber ebenso wenig haben die anderen Sachverständigen einen Collaps und Choc an dem Abend angenommen, weil sie sonst eine collabirte Kranke aus den eben genannten Gründen nicht auf einen Operationstisch mit gespreizten Beinhaltern gelegt und an ihr eine nicht blos relativ, sondern absolut eingreifende Untersuchung vorgenommen hätten. Nachdem Dr. B. den heraushängenden Darm abgeschnitten hatte, konstatiren sie: „durch Umtastung des Darmes von der Scheide aus, dass der Darm überall ohne Gekröse war. Ein leichter Zug am Darm liess erkennen, dass ein weiteres Herabholen ohne Gewaltanwendung nicht mehr möglich war". Ob die Sachverständigen hierbei noch die Narkose angewandt haben, ist nicht gesagt. Ist es weiter festgestellt, dass Dr. B. noch nach erfolgter Operation den Angeschuldigten Opium f... Kranke verschreiben liess, so ist hiermit der Beweis ge... dass er auch dann noch weder Choc und Collaps a... weil erfahrungsgemäss Narcotica hierbei überaus sch... sind. Dass andererseits auch Kampher (alle zwei St... nur eine Spritze) gereicht wurde, spricht nur dafür, das... die selbstverständlich sinkenden Kräfte zu heben versuch...

Möge aber dem auch sein, wie ihm wolle — d... scheinungen der Patientin konnten ohne Noth auf ... anderes bezogen werden, als dass der seines Gekrös... raubte und verletzte Darm brandig wurde und eine Bl... giftung, d. h. Sepsis, erzeugte.

Was endlich die zahlreichen, in den Kreislauf ... nommenen Fetttröpfchen betrifft, welche den Tod ... haben sollten, so sind dieselben von den Sachverständig... der Leiche nicht nachgewiesen. Es ist bekannt, dass ... Fettembolien nach grossen Weichtheilverletzungen, auch ... Knochenbrüchen unter Umständen Störungen oder selbst ... Tod erzeugen, indem sie als Emboli in die Lungenschla... gelangen. Aber ein Nachweis, dass sie hier in lebensw... Theile gelangt sind, ist nicht einmal versucht.

Mit diesen Auseinandersetzungen völlig im Einklang ... das Obduktionsprotokoll, welches in jeder Beziehung d... jektiven Merkmale einer allgemeinen akuten Blutverg... (Sepsis) so zeigt, wie sie auch sonst, bei ähnlichen Kr... heiten, deren Träger nur 1—2 Tage krank sind, nicht ... gefunden werden und wie sie jeder Bauchchirurg zu ... den kennt. Bei den Darmtheilen, die dem lokalen B... verfallen waren, ist ein anderer klinischer Ausgang u... anderer Befund als hier füglich garnicht zu erwarten ... erübrigt sich daher völlig, in das Detail des Obduk... protokolles noch näher einzugehen.

Da es nun bewiesen ist, dass die Kranke nicht ... Verletzung als solcher, sondern an deren Folgen, näml... durch Brand dem lokalen Tode geweihten Gewebsstück... einem Wort, an allgemeiner Blutvergiftung erkrankt un... gestorben ist, gelange ich nunmehr zur Beantwortung ... Frage, ob die Kranke durch eine Operation hätte ge... werden können. Die Sachverständigen behaupten, ... sie die Patientin an dem Abend nicht operirten, so... die Operation eventuell für den Morgen aufgeschob... hatten, hätten sie die Patientin geschont. Es hätte ... entfernte Möglichkeit bestanden, dass sich die Patie... aus dem Zusammenbruch erholt hätte, ehe noch die F... des Darmabsterbens sich bemerklich machen würden. ... die rationelle Schonung hätte, wie dies bei eingeklemm... Brüchen mit drohendem Brand, also ähnlichen Prozessen, ... der bekanntesten und bewiesensten Erfahrungen ist, doch ... darin bestanden, wenn sie die Operation sogleich ausgef... hätten. Jede Stunde Aufschub birgt in solchen Fällen ... eminente Gefahr. Inwiefern die Sachverständigen in ... Verschlimmerung am folgenden Morgen einen Beweis ... die Richtigkeit ihres Handelns am Abend vorher erblick... ist nicht verständlich, noch weniger, warum sie eine Krank... in einem nunmehr desolatesten Zustande noch einmal den ... eine collabirte Kranke so gefährlichen Rücktransport nac... ihrer Wohnung unternehmen liessen. Dr. B. hat bei seiner ersten Vernehmung erklärt, dass er nicht gewusst hätte, w... er einschneiden sollte, und dass die Verhältnisse im Bauch nicht zu übersehen gewesen wären. Das letztere ist richtig, aber gerade in zahlreichen Fällen, in welchen wir in der Bauchchirurgie mit unübersehbaren Verhältnissen zu thun haben, ist es als Grundsatz anerkannt, dass wir uns gerade bei Lebensgefahr die Verhältnisse übersehbar machen müssen. Uebersehbar können wir uns die Verhältnisse nur durch die

ration machen, indem wir den absolut und auch hier relativ **efährlichen** Bauchschnitt ausführen und die Situation klar **·n, um** den sinngemässen Eingriff anzuschliessen. Es war **h hier** die sofortige Laparotomie geboten, durch welche die **hverständigen** viel besser als jetzt bei der Obduktion hätten **stellen** können, inwieweit nicht lebensfähiger Darm resezirt **·den** musste. Es war angezeigt, einen Anus praeternaturalis **dernatürlichen** After) am Colon ascendens anzulegen, den **·m** unterhalb dieser Stelle zu vernähen und die zerfetzten **·mtheile** zu reseziren. Ich möchte nur noch bemerken, **ss, selbst** wenn Choc oder Collaps konstatirt gewesen wäre, **· Eingriff** eines Bauchschnittes als ein viel geringerer auf**fassen** war, als der Transport einer solchen Kranken.

Dass die Chancen der Operation bezüglich der Lebens**ttung** nicht gut waren, ist gewiss richtig. Aber die Opera**·n** musste in dem Moment der Einlieferung um deswillen **sgeführt** werden, weil der tödtliche Ausgang ohne Operation **·solut** sicher war. Gerade die Sachverständigen mussten, **· ihnen** im Krankenhaus chirurgische Kräfte, Asepsis, Be**·uchtung** etc. zu Gebote standen, bei dem relativ guten All**emeinbefinden**, bei der Jugend der Patientin einen sinn**emässen** Versuch der Heilung machen und durften sich nicht **amit** begnügen, den hervorhängenden Darm abzuschneiden **nd** das Ende an den After oberflächlich anzunähen, da, wie **ie** selbst bei der Untersuchung konstatirten, der Darm kein **Gekröse** mehr hatte, also dem Brand verfallen war. Das ist **nicht** geschehen, vielmehr haben sie durch zwecklose Mani**pulationen** und den Rücktransport der Patientin in ihre Be**hausung** den Tod beschleunigt. Die Chancen der Operation **waren**, wie gesagt, zwar nicht gute, aber dennoch konnte das **Leben** der Patientin durch eine am Abend ausgeführte sinn**gemässe** Operation erhalten werden. Die gegentheilige Be**hauptung** der Sachverständigen ist unrichtig. Die Fortschritte in der Darmchirurgie sind gerade im letzten Dezenium so bedeutend, dass wiederholt sogar meterlange Darmpartien selbst bei heruntergekommenen, an Krebs leidenden Individuen mit Erfolg ausgeschnitten worden sind. Ja, in dem Gebiete der Frauenkrankheiten sind gerade eine so grosse Menge geheilter Fälle von schweren Darmverletzungen vorgekommen und in der Literatur niedergelegt worden, dass man ohne Mühe ganze Seiten mit Aufzählung dieser Fälle füllen könnte. Wie gross die Wahrscheinlichkeit der Lebenserhaltung nach einer Operation gewesen ist, kann ich nicht bestimmen. Für den vorliegenden Zweck jedoch genügt es, überhaupt die Möglichkeit einer Lebenserhaltung zu statuiren. Ich behaupte daher resumirend: Durch eine Operation hätte die Kranke wohl vom Tode gerettet werden können.

Auf Grund dieses von mir erstatteten Getachtens, welchem der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. X. beitrat, wurde das Verfahren gegen den Angeschuldigten eingestellt.

Aus der chirurgischen und mechanotherapeutischen Heilanstalt, Leipzig.

Ueber einen Universalfingerbeugeapparat zur Behandlung der Versteifungen der Grund-, Mittel- und Nagelgelenke.

Von
Dr. **Bettmann**-Leipzig.

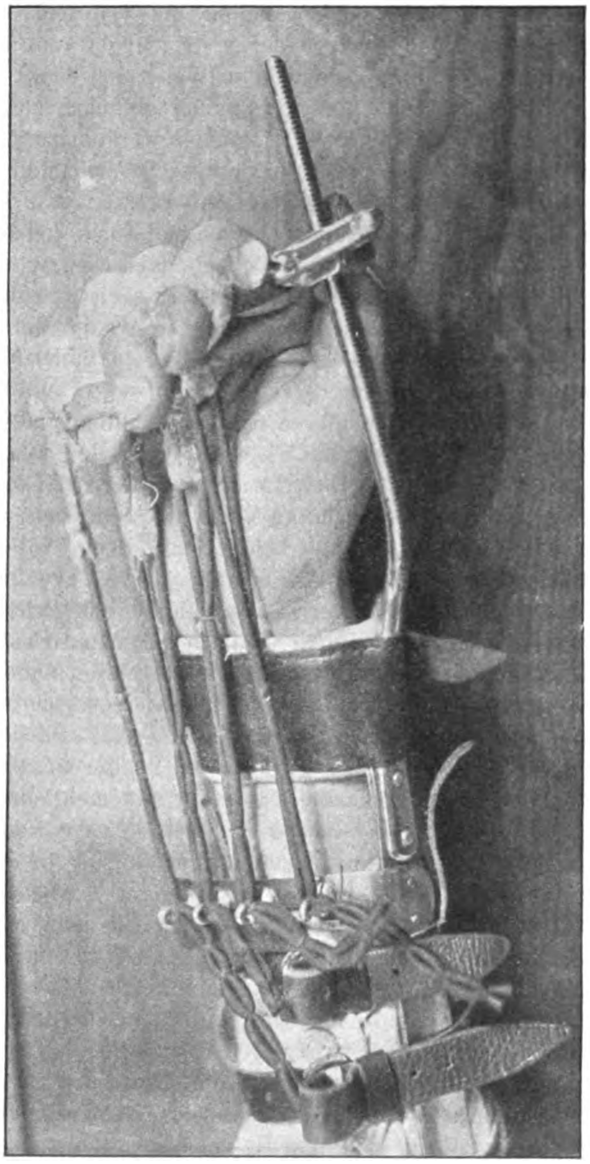
(Hierzu 1 Abbildung).

Wohl ein jeder Arzt, der in der Lage ist, sich viel mit den Folgezuständen von Verletzungen zu befassen, hat die Erfahrung gemacht, dass gerade die Mobilisation versteifter Finger der Behandlung am hartnäckigsten trotzt und speziell bei Unfallverletzten die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Personen in einem der Art der Verletzung nach ursprünglich nicht erwarteten Grad für lange Zeit, öfters auch dauernd, herabsetzt. Es wird dies um so bedauerlicher sein, wenn, wie es oft der Fall zu sein pflegt, die Finger bei dem Unfall nicht direkt mit verletzt waren. In solchen Fällen kann es geschehen, dass das ursprünglich verletzte Gelenk, sei es Ellenbogen- oder Schultergelenk, oder der Arm im ganzen längst wieder funktionstüchtig geworden ist, zu einer Zeit, wo wir uns noch vergeblich mit den Fingern abmühen. Es ist hier nicht der Ort, nachzuweisen, dass wir oft selbst die Schuld für derartige Folgezustände tragen, und auf welche Weise daher der Versteifung der Fingergelenke prophylaktisch schon während der chirurgischen Behandlung und während der Anlegung der Verbände vorzubeugen ist. Es ist darauf schon oft und eindringlich hingewiesen worden, ohne, das muss gesagt werden, die gebührende Berücksichtigung gefunden zu haben.

Aber auch die Erfahrung ist gemacht worden, dass, wenn wir derartige Versteifungen der Finger in Behandlung bekommen, das medico-mechanische Heilverfahren, wie solches an Zanderapparaten, an Pendelapparaten und Apparaten anderen Systems, ebenso durch manuelle Massnahmen ausgeführt wird, so werthvoll es auch an sich ist, doch für sich allein meist nicht genügt, um ein brauchbares und der Art der Verletzung nach als erreichbar anzusehendes Resultat zu erzielen. Will man einerseits den Erfolg wesentlich verbessern, andererseits auch die Behandlungsdauer derartiger Versteifungen abkürzen, so ist es durchaus nothwendig, dass neben den genannten Methoden rein orthopädische Massnahmen in Anwendung kommen. Nach dieser Richtung hin kann man sich auf die mannichfachste Weise behelfen. So hat u. A. auch Thilo in der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899 No 7, Seite 299, bei der Beschreibung derartiger Vorrichtungen zur Behandlung versteifter Gelenke auch ein einfaches Hilfsmittel für die orthopädische Behandlung der Fingerkontrakturen angegeben. Ein weicher Handschuh aus Baumwolle, an dessen Fingerspitzen Lampendocht von 1 cm Breite angenäht sind, wird über die Hand gezogen und die freien Enden der Dochte werden über den Handgelenken an Schnallen befestigt und mehr und mehr angezogen. Unter den Dochten befindet sich im Handteller ein Rundstab, gegen welchen die Finger beim Anziehen derselben sich anlegen. Ich glaube, dass man mit derartigen Hilfsmitteln in besonderen Fällen, namentlich dann, wenn es sich um die leichteren Formen der Fingerkontrakturen handelt, ganz gut auskommen kann, und ich selbst habe dies Verfahren des öfteren angewandt. Für die hartnäckigeren Fälle ist dieses Vorgehen meines Erachtens nicht ausreichend, da eine entsprechend kräftige orthopädische Wirkung hiermit nicht zu erzielen ist. Eine solche ist bei einem Gelenk nur denkbar, wenn der proximale Gelenkabschnitt festgestellt ist, und auf diese Weise nur der distale Gelenkabschnitt der Wirkung des Zuges folgen kann. Will man z. B. auf die Grundgelenke der Finger auf diese Weise einwirken, so ist durchaus nothwendig, wenn man eine kräftige Wirkung erzielen will, dass das Handgelenk, d. h. die Mittelhandknochen, festgestellt seien, wenn man auf die Mittelgelenke wirken will, dass die Grundphalangen feststehen. Es ist klar, dass sonst die beabsichtigte kräftige Zugwirkung sich mehr auf das proximal gelegene Gelenk überträgt und im Gelenk, das man behandeln will, nur abgeschwächt zur Geltung kommt. Hierbei entstehen, was auch Thilo angiebt, meist sehr leicht Schmerzen im Handgelenk.

Schon seit längerer Zeit verwende ich einen Fingerapparat, welcher, wie ich glaube, allen oben aufgestellten Anforderungen bei der Behandlung von Fingersteifigkeit entspricht. Es sind ja schon eine Reihe ähnlicher Apparate angegeben, die ich hier aber nicht anführen kann. Es sind dies aber fast durchweg Apparate, welche der Mobilisation eines

einzelnen oder in gleicher Höhe liegender Gelenke dienen, so z. B. der Apparat von Hoffa zur Mobilisation der Grundgelenke. Der besondere Vorzug meines Apparates ist aber der, dass er nicht nur einfach und leicht handlich ist, sondern für die Beugung aller Fingergelenke geeignet ist, sowohl der Grund-, Mittel- als auch der Nagelgelenke. Er ist ein Universalapparat und ist so eingerichtet, dass er an jedem Arm, rechts und links, mittelst einer Riemenhülse befestigt werden kann. Einer ausführlichen Beschreibung desselben kann ich mich enthalten, da Zweck, Konstruktion und Art der An-



wendung aus der Abbildung wohl ersichtlich ist. Ich will nur kurz hervorheben, dass er in der Hauptsache besteht aus einer seitlich an der Fixation für das Handgelenk angebrachten gezahnten Triebstange, an welcher ein Querstück sich befindet, das vermittelst einer Flügelschraube nach dem Handgelenk und den Fingerspitzen zu verschoben werden kann. An dem Querstück findet der zu fixirende proximale Gelenkabschnitt seinen Widerhalt, während das distale Fingergelenk mit elastischem Zug gebeugt wird. Die Gummizüge sind unten unterhalb des Handgelenks an Häkchen zu befestigen, welche in einem Querstück verschieblich gleiten. In der Abbildung ist die Beugung der Mittelgelenke dargestellt unter der Feststellung der Grundglieder der Finger. Will man die Mittelhandknochen feststellen, was für die Redression des Grundgelenks nothwendig ist, so ist das Querstück nach unten hinter die Gelenke zu verstellen.

Ich glaube, dass heutzutage, wo auch der prakt… sich vielfach mit Unfallverletzungsfolgen zu befassen h… ein solcher oder ähnlicher Apparat im Instrumentari… letzteren nicht fehlen sollte.

Es erscheint mir das fast ebenso nothwendig w… Elektrisirmaschine, mit der leider noch so oft, natürli… irgend welchen Erfolg, Fingersteifigkeiten zu beseiti… sucht werden.

Der Apparat wird von der Firma Alexander S… Leipzig, zum Preise von 30 M. angefertigt.

Referate.

Allgemeines.

Beitrag zur Entstehungsweise von subpleuralen Ekchymosen (Tardieu'schen Flecken) bei Erstickten.

Von Dr. Eberson-Tarnów.
(Wiener medizinische Presse No. 23, 1901.)

Ein 3 Monate altes Kind wurde erstickt im Bett… gefunden. Die Obduktion ergab unter anderem Ekchym… in grosser Anzahl und Ausdehnung an der linken Lung… spärliche an der rechten. Eine wahrscheinlich währen… Konvulsionen entstandene Abschürfung der Haut des … Ober-, resp. Unterschenkels sprach im Verein mit den h… sächlich links vorhandenen Ekchymosen dafür, dass da… in der linken Seitenlage erstickt ist. Das Auftreten von E… mosen unter der Pleura ist als Theilerscheinung einer … Stauung in den Brustorganen anzusehen; die Gebilde en… durch Berstung von Capillargefässen in dem subserösen … gewebe, verleihen der Pleura ein fleckiges Aussehen un… sich von derselben weder abkratzen noch abspülen … Erscheinung wurde erst von Donders und Tardieu … untersucht und gedeutet. Die bei Luftabschluss erfo… meist tiefen Thoraxexkursionen haben eine Vermin… des interthoracischen Druckes zur Folge; eine Vermin… des Widerstandes in den Lungengefässen und der Herz… verursachen ein lebhafteres Zuströmen des Blutes dah… es schliesslich wegen der verminderten Schnelligkeit des … stromes zur Stauung und in den Endstadien zum Austr… Blutes aus den Gefässen kommt. Da das kohlensäure… Blut aber schwer gerinnt, so wird die Lungenhypers… und die Diapedese dort stärker auftreten, wo die phys… schen Momente günstiger sind, i. e. an den am niedri… gelegenen Stellen, um so mehr, als das Blut noch … sickern kann zu einer Zeit, wo wegen des Herzstillst… Blutaustritte an anderen Stellen nicht mehr möglich sind. Das… ergiebt sich, dass Ekchymosen an solchen Stellen zahlr… auftreten werden, welche bei der Lage des Erstickten … tiefsten gelegen sind. Andererseits giebt auch der B… der Ekchymosen Anhaltspunkte für die Stellung des In… duums während des Erstickungstodes, was unter Umstä… gerichtsärztliche Bedeutung haben kann.

Ein forensischer Trugschluss.

Von Privatdozent Dr. Ludwig Braun-Wien.
(Wiener medizinische Presse, No. 20, 1901.)

Im Aprilheft der Therapeutischen Monatshefte beschr… Prof. Edlessen-Hamburg einen Fall von Opiumvergiftung, … welchem ein sieben Monate altes Kind, das an Brechdurchfall … litt, achtzehn Stunden nach der Erkrankung zu Grunde gin… nachdem es ½stündlich drei Tropfen Tinct. thebaic. bekommen … und im Ganzen etwa 0,7 g des Mittels genommen hatte. Dass … es sich um Tod in Folge der für einen Säugling übergrosse…

ımdosis handelte, dafür schien Edlessen unter Anderem Sektionsbefund „fest kontrahirtes Herz, beide Ventrikel " zu sprechen. Dieser Kontraktionszustand des Herzens dadurch zu erklären, dass das Herz bei der Opiumvergif- ; weniger leidet, als das Athemcentrum, und dass der Tod dieser Vergiftung durch Athemstillstand erfolgt, nicht selten noch kurze Zeit fortschlagendem Herzen. Vielleicht könne n noch eine tetanische Herzkontraktion eingetreten sein, ıdem der Tod durch Athmungslähmung eingetreten. Verf. ıdet sich gegen diesen Schluss und weist auf eine dritte glichkeit hin, die bei Beurtheilung des Falles nicht ausser ıt gelassen werden darf und lehrt, dass ein derartiger ıtraktionszustand des Herzens keineswegs ein positives gument für die Opiumvergiftung bildet. Rothberger chte schon darauf aufmerksam, dass man mit der Deutung s kontrahirten Leichenherzens vorsichtig sein muss, besonders mit Rücksicht auf den Umstand, dass die Leichen st nie ganz frisch zur Sektion gelangen. Es ist nämlich zu achten, dass schon die Totenstarre das Herz zur Kontraktion ingt, und dass mit der Lösung der Starre nicht immer eine tsprechende Dilatation des Herzens erfolgt. Ausserdem tritt e Starre am Herzen früher auf, als an der Skeletmuskulatur ıd löst sich später als an dieser; die Abwesenheit der Starre ı den Körpermuskeln gestattet daher keinen Schluss auf den ıstand des Herzens. Aus alledem folgt, dass das Vorhandenein eines Kontraktionszustandes des Herzens nicht als vollerthiger Beweis für den Tod durch Opiumvergiftung gelten ann. —y.

Ein Fall von Tetanus vor Gericht.

Von Dr. R. Hammerschlag-Schlau.

(Wiener medizinische Wochenschrift No. 18/19, 1901.)

Ein 14jähriger Arbeiter geräth mit dem Mittelfinger der inken Hand unter das Rad einer Maschine und zieht sich eine geringfügige Risswunde an der Fingerbeere zu. Nach sieben Tagen war die Heilung dieser leichten Verletzung soweit gediehen, dass Pat., mit einem Lederfingerring versehen, die Arbeit wieder aufnehmen kann. Am folgenden Tage trifft ihn der Fabrikherr bei Dummheiten an und befördert ihn etwas unsanft durch einen Tritt mit dem Fusse gegen die Hinterseite des Oberschenkels aus dem Arbeitsraume. Der Stoss war nicht heftig und erzeugte keine lokalen Spuren. Der Verletzte arbeitet noch zwei Tage, ohne über etwas zu klagen, dann stellen sich Erscheinungen des Tetanus ein und es folgt eine Wochen lange schwere Erkrankung an dieser, nunmehr auch durch Nachweis von Tetanusbazillen im Fingereiter erwiesenen Affektion. Der Vater des Knaben verklagt den Fabrikherrn und bezeichnet die Erkrankung als Folge des oben erwähnten Fusstrittes. Der Bezirksarzt bezeichnet anfänglich diesen Zusammenhang als möglich auf Grund folgender Stelle des 1897 erschienenen Eichhorst'schen Handbuches der speziellen „Pathologie und Therapie": Bei der Erörterung der Aetiologie des Tetanus heisst es daselbst: „Auch rufen durchaus nicht immer nur offene Wunden Tetanus hervor. Auch Erschütterungen der Wirbelsäule und des Kopfes sind sehr wohl im Stande, Tetanus anzufachen." Dieserhalb persönlich angegangen, erklärt Eichhorst, dass diesem Passus nur ein historischer Werth beizumessen sei, dass der Tetanus durch eine Erschütterung der Wirbelsäule und des Kopfes nie entstehen könne. Die Behauptung stamme aus einer Zeit, in der man den Tetanusbacillus noch nicht kannte. Bei dieser Sachlage liess sich der Bezirksarzt von seinem Standpunkte abbringen und es kam zu einer gütlichen Einigung der Parteien, während der Staatsanwalt keine Veranlassung zum Einschreiten sah. —y.

Chirurgie.

Fremdkörper im Brustkorbe. Erfolgreiche Anwendung der Radiographie.

Von Dr. Alexandrow.

(Wratsch, 1901, No. 16.)

Fremdkörper kommen in der Praxis des Kinderarztes bei weitem nicht selten vor. So sind in der chirurgischen Abtheilung des Ambulatoriums des St. Olga-Krankenhauses zu Moskau in den letzten zehn Jahren 428 Fälle von Fremdkörpern beobachtet worden, von denen 271 in den verschiedenen Höhlen, hauptsächlich im Ohr, in der Nase, seltener im Rachen, in der Luftröhre und im Oesophagus, während 157 mehr oder minder tief in den äusseren Hautdecken steckten. Von den letzten 157 Fremdkörpern waren 47 Nadeln, die als Fremdkörper von besonderer Bedeutung sind, weil sie schwere Verletzungen wichtiger innerer Organe herbeiführen können. In den meisten Fällen gehen die durch solche Verletzungen bedingten, in der ersten Zeit ziemlich schweren Erscheinungen bald zurück, selbst bei Affektionen eines so wichtigen Organs wie das Herz. Manchmal nimmt die Verletzung einen schlimmeren Ausgang, so z. B. dann, wenn die Nadel in die Gelenke hineingelangt und dorthin Infektionsstoffe verschleppt. A. hat selbst zwei derartige Fälle beobachtet, von denen der eine mit Genesung, der andere mit Verwachsung des Gelenkes endete. Grosse Schwierigkeiten bieten diejenigen Fälle, in denen eine ziemlich rasche Verschiebung der Nadeln in die Dicke der Gewebe stattfindet. Hier erweist sich die Radiographie von ganz enormem Nutzen; man muss nur eingedenk sein, dass bei der Radioskopie nicht immer deutliche Reproduktionen der Fremdkörper erhalten werden; bei gewisser Neigung der Nadeln zu der lichtempfindlichen Platte kann nur ein punktförmiger Schatten gesehen werden. — Einen interessanten Fall beobachtete A. selbst. Ein $1^3/_4$ Jahre altes Kind wurde in das Krankenhaus mit der Angabe eingeliefert, dass es sich am Tage zuvor beim Spielen unter die Haut der Brust eine 5 cm lange Nadel einstach, wobei ein ca. 2 cm grosses Stück der Nadel abbrach. Das Kind fühlte sich sofort sehr schlecht, wurde blass, halb bewusstlos, zeigte aber am nächsten Tage bei der Aufnahme in das Krankenhaus schon ein gutes Aussehen. Auf der Haut des unteren Drittels der Brust, 1 cm rechts vom Schwertfortsatz sah man ein rothes Fleckchen, dass der Einstichstelle der Nadel entsprach. Mittels Palpation konnte von der Nadel nichts mehr entdeckt werden. Auf dem Röntgenbilde sah man aber, dass die Nadel etwas höher, der vierten bis fünften Rippe entsprechend, lag, und zwar senkrecht zu diesen letzteren. Operation: Schnitt längs dem unteren Rande der vierten Rippe; die Nadel wurde unter den Mm. intercostales entdeckt. Sie lag unter den Rippen, und zwar so, dass sie behufs ihrer Entfernung mit dem unteren Rande nach oben geschoben werden musste. Bei dieser Bewegung wurde die Pleura verletzt. Die Luft strömte pfeifend in die Pleurahöhle hinein, während aus der Wunde sofort eine ziemlich reichliche venöse Blutung entstand. Nun wurde die Nadel entfernt. Abends Temperatur 39,4°, Erscheinungen von Luftansammlung in der Pleurahöhle. Das Fieber hielt noch zwei Tage an, dann trat Besserung, nach einigen Wochen vollständige Heilung ein.

Die unmittelbar nach der Verletzung entstandenen schweren Krankheitserscheinungen erklärt A. durch eine durch die Nadel herbeigeführte Verletzung des Brustfells. Lb.

Beitrag zur Frage der traumatischen Herzrupturen.

Von Dr. Flerow.

(Medicinskoe Obosrenie 1901, Bd. 55, H. 3.)

Der 40jährige Bauer wurde in das Krankenhaus fast ohne Puls und mit stockender heiserer Athmung eingeliefert und verschied nach einigen Minuten. Durch Befragen der Transporteure wurde festgestellt, dass der Verstorbene zufällig unter das Pferd kam, wobei er einen so heftigen Schlag mit der Deichsel gegen die Brust bekam, dass er zur Seite geschleudert wurde und bewusstlos liegen blieb. Nach 10 bis 15 Minuten erfolgte die Einlieferung in das Krankenhaus. Die am nächsten Tage ausgeführte Sektion ergab: mittelgrosse, kräftig gebaute Leiche, stark ausgesprochene Leichenstarre. Haut blass; fast auf der gesammten Oberfläche Cutis anserina. Leichenflecke hauptsächlich an der hinteren Körperoberfläche lokalisirt. Aeussere Besichtigung ergiebt weder Verletzungen, noch blutunterlaufene Stellen. Bei der Eröffnung des Brustkorbes sieht man eine kleine, blutunterlaufene Stelle auf dem Brustbein in der Höhe der vierten Rippe, dann Fraktur der dritten und vierten Rippe rechts und der vierten Rippe links an den Insertionsstellen und unvollständige Fraktur der zweiten und dritten Rippe rechts an der vorderen Axillarlinie. An der hinteren Oberfläche des Brustkorbes befindet sich an der Frakturstelle eine handtellergrosse, blutunterlaufene Stelle. Das Unterhautzellgewebe des vorderen Mediastinums ist etwas ödematös; Blutergüsse sind in demselben nicht vorhanden. Das Pericardium ist mit fluktuirender Flüssigkeit gefüllt, so dass die vordere Wand desselben sich sehr stark vorstülpt. Continuitätstrennung ist weder am Pericardium, noch an den vorderen Rändern der Lunge wahrzunehmen. Bei der Eröffnung des Pericardiums fand man in der Pericardialhöhle neun Unzen dunklen, halb geronnenen Blutes, so dass das Herz von allen Seiten durch das austretende Blut komprimirt war. Noch bevor das Herz aus der Pericardialhöhle herausgeholt wurde, konnte man am rechten Vorhof in der Nähe und etwas rechts vom Herzohr eine Ruptur der vorderen Wand erblicken. Die grossen Herzgefässe enthielten flüssiges dunkles Blut, das Herz zeigte sich nicht vergrössert und wies an der Aussenfläche bedeutende Fettablagerungen auf. Der linke Ventrikel war etwas hypertrophirt, seine Wandungen zeigten auf der Schnittfläche gelbliche Verfärbung. Die Mitralis war an den Rändern höckrig verdickt, der rechte Ventrikel erweitert: seine Wand gedehnt und dünn. In der Höhle des rechten Ventrikels fand man einige Fibringerinnsel und eine geringe Quantität flüssigen dunklen Blutes. Aorta und Lungenarterie zeigten keine Veränderungen. — Der oben erwähnte Riss an der vorderen Wand des rechten Vorhofs war 1,5 cm lang und verlief in der Richtung von oben nach unten und etwas nach aussen. Durch das Loch konnte man leicht mit dem Finger in die Vorhofhöhle gelangen. Die Wandungen des Vorhofes waren sehr dünn. Andere Veränderungen waren nicht vorhanden. Die Lungen boten bis auf Stauungshyperämie und Oedem der unteren hinteren Lappen keine Veränderungen. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand man in sämmtlichen inneren Organen Erscheinungen von Stauungshyperämie und fettige Degeneration der Leber. An der Schädelhöhle wurde Oedem und Hyperämie der weichen Hirnhaut konstatirt; die Hirnsubstanz war weich, glänzend und feucht. Schlussfolgerung: Der Tod ist in Folge von Zerreissung des Herzens, begleitet von Blutaustritt in die Pericardialhöhle, eingetreten. Bezeichnend für den geschilderten Fall ist der Umstand, dass es trotz der Heftigkeit des Schlages nicht zu einer Ruptur der Lunge, der Pleura und des Pericardiums gekommen ist. Der mechanische Insult war gegen das Brustbein gerichtet, e… auf das Niveau des rechten Vorhofes, d. h. des schw… Theiles des Herzens; es ist jedoch hier in Anbetra… grossen Ausdehnung der Verletzung des Brustbeins nic… der Hand zu weisen, dass das Herz an der gesammte… pherie eine Kompression erfahren haben konnte. Zw… war die bei der Sektion festgestellte fettige Degenerati… Herzens für das Zustandekommen der Ruptur ein i… Grade begünstigendes Moment. Schliesslich lehrt vorst… Fall, dass die Lungen eine hochgradige Elastizität b…

Fall von traumatischer Ruptur der Gallenblase. Bau… fellentzündung, Operation, Heilung.

Von T. Laffan.

(The Lancet, 24. Nov. 1900).

Es ist eine bekannte Thatsache, dass normale … flüssigkeit in die Bauchhöhle austreten und daselbst Ta… Wochen vorhanden sein kann, ohne Entzündungserschein… des Bauchfells hervorzurufen. Selbstverständlich hat die … in solchen Fällen aseptische Beschaffenheit; denn … Gallenstein oder ein Geschwür oder andere krankhafte … änderungen zur Ruptur der Gallenblase führten, war die … beinahe in jedem Falle Infektion durch Mikroorganismen … rapide einsetzende Bauchfellentzündung. Dass die unverä… Galle in der Bauchhöhle bis zu einer gewissen Menge re… werden kann, ist durch Versuche von Schuppel und B… bewiesen worden. Der hier folgende Fall betrifft eine … alte Frau, bei welcher in Folge von Trauma eine Rup… Gallenblase eintrat, sich Bauchfellentzündung entwickelte … dann mit Hilfe der Operation Heilung zu Stande kam … betreffende Frau war beim Melken von einer Kuh … worden. Sie hatte dabei das Gefühl, als ob ihr im … etwas zerrissen wäre. Bald zeigten sich alle Sympt… akuten Entzündung, wodurch ihre Aufnahme in ein Kr… haus nothwendig wurde. Der Zustand war bei der Auf… sehr bedenklich und die Kranke schien sterbend. Si… stark gelbsüchtig und bot alle Zeichen einer Bauchf… zündung. Doch war der Erguss circumscript, indem si… in der Gegend des Epigastriums und den anliegenden Geb… eine beträchtliche Schwellung fand. Es wurde unter C… formnarkose die Laparotomie gemacht, wobei Galle, Eiter … flüssige kothartige Massen sich aus der Bauchhöhle entle… Nach Ausspülung der Bauchhöhle und Drainage derselben … folgender Naht, war die Heilung ungestört.

Franz Meyer-Berl…

Ein Beitrag zu den Schussverletzungen der Leber

Von Stuckert-Karlsruhe.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1901. 5.)

Das Holzgeschoss einer Platzpatrone zertrümmerte … 7. Rippe und setzte eine starkblutende, äusserlich nicht di… gnostizierbare Leberverletzung, welche mit Eröffnung d… rechten Pleurahöhle und einer erst nach einigen Tagen si… kundgebenden Verletzung des Colons einherging. Durch Rippenresektion wurde die Leber gut zugänglich gemacht und tamponiert. Im Laufe von ungefähr 9 Wochen heilte die Verletzung unter Abstossung von Lebergewebe. Die Darmverletzung, welche sich durch Abgang von Kot durch die Wunde äusserte, ist durch die Tamponade der Leberwunde auch günstig beeinflusst worden und offenbar durch peritoneale Verlöthung zur Heilung gekommen.

P. Stolper-Breslau.

Vergiftungen.

gewerbliche Blei-, Phosphor-, Quecksilber-, Arsen- und Schwefelkohlenstoffvergiftung.

Von E. Roth-Potsdam.

dem Vortragscyclus über Arbeiterversicherung in der Charité.

(Berliner klin. W. 1901, No. 19/20.)

Durch Blei sind gefährdet die Arbeiter in Blei- und :hütten, Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, Ofenfabriken surbereitung!), die Maler und Anstreicher, bei deren Kasse ;erlin auf 100 Erkrankungen 27,1 Bleivergiftungen entfallen auf 100 Todesfälle 4—5 durch Bleivergiftung verursacht ·den, sowie die Arbeiter in Akkumulatorenwerken, die riftgiesser, die Drucker und Setzer, die Emailleure, die lenhauer, die Arbeiter in Patentflaschenverschluss- und rit-Fabriken, diese in ganz enormem Masse, die Rohrleger ›nnigekitt!) die Glas-, Kattun-, Wachstucharbeiter. Es kommen ner in Betracht alle Arbeiter in Fabriken, in denen bleihal-e Gegenstände wie Röhren, Folie, Schrot u. s. w. hergestellt ›rden, diejenigen, die bei der Arbeit Bleiunterlagen benutzen ernsteinarbeiten, Kunstpapier- und Blumenfabrikation), die ihterinnen und Spitzenarbeiterinnen, die mit Blei beschwerte :ide verarbeiten, die Jaquard-Weber, bei deren Thätigkeit eigewichte sich abnutzen, die Bürstenarbeiter, deren Material it Bleizucker gefärbt ist, die Strohhut- und Granatarbeiter.

Verf. hält das Problem, das Blei aus der Technik möglichst auszuscheiden (cf. diese Zeitschrift Jahrg. 1901, S. 156) och nicht für gelöst. Vorläufig ist das Bleiweiss noch die este bekannte Deckfarbe, auch die bleihaltigen Glasuren sind och nicht ersetzbar. Der Betriebsschutz ist in der Weise urchzuführen, dass das Mahlen bleihaltigen Materials mög-ichst feucht vorzunehmen ist, dass besonders gefährdete Ar-›eiter mit Respiratoren und besonderer Kleidung versehen verden und sich die Hände einfetten, und dass bei den ge-·ingsten Zeichen von Vergiftung der Arbeiter sofort der Ein-wirkung des Giftes entzogen wird. Rauchen, Schnupfen, Trinken in den Arbeitsräumen ist zu untersagen, auf Reinigung der Hände und des Mundes vor der Mahlzeit bezw. am Feierabend streng zu achten. Dem Waschwasser ist zur Bindung des Bleis, das sich sonst leicht mit der Seife verbindet, weinsaures Ammoniak zuzusetzen. Ferner kommt Ausschluss jugendlicher Arbeiter und Herabsetzung der Arbeitszeit in Frage.

Bezüglich des Phosphors können wir auf die Referate in No. 8 dieses Jahrganges verweisen.

Die gewerbliche Queksilbervergiftung ist in ihrer Bedeutung seit Einführung eingreifender hygienischer Massnahmen in den Spiegelbelegen sehr zurückgegangen. In den Glühlampenfabriken verwendet man auch neuerdings statt der gefährlichen Quecksilberluftpumpe andere Apparate. Mit der Gefahr der Quecksilber-Vergiftung ist noch in Zündhütchenfabriken (Knallquecksilber!) und in Hutfabriken, bei denen die Beize der Felle das Gift enthält, zu rechnen.

Arsen, dessen bergmännische Gewinnung am häufigsten zu Vergiftungen führt, findet noch mannigfache gewerbliche Verwendung. In der Hart-Schrotfabrikation setzt man dem Blei Arsenikpräparate zu, Metalle werden mit Arsenik und Salzsäure graugebeizt. Glas wird mit A. entfärbt. Es wird benützt bei Ausstopfen von Thierbälgen und Haltbarmachen von Fellen. Die Arsenfarben sind nur noch wenig in Gebrauch. Arsenwasserstoff entwickelt sich, wenn Wasserstoff aus arsenhaltigem Zink und arsenhaltiger Schwefelsäure dargestellt wird.

Der Schwefelkohlenstoff ist ungefährlich, wenn er, wie beim Ausziehen des Fettes aus Palmkernen, in geschlossenen Gefässen gebraucht wird. Seine Gefahren hat er in der Gummiindustrie gezeigt, wo die Arbeiter seinen Dämpfen stark ausgesetzt wurden. Das eigenartige Krankheitsbild ist an dieser Stelle bereits anderweitig geschildert worden. Strenge vorbeugende Massnahmen, wie kurze Arbeitszeit, gute Ventilation, Vermeidung des Eintauchens mit den Händen und des Abtropfenlassens auf den Fussboden haben vorzügliche Erfolge gezeitigt.

Ungewöhnlicher Fall von Jodoformvergiftung.

Von Henry M. Custace.

(British Medical Journal, 22. Dezember 1900.)

Fälle, bei welchen Jodoform-Vergiftung von einer Wunde aus zu Stande kommen, sind häufig berichtet, selten aber die Fälle von Vergiftung auf dem Wege des Verdauungstractus. Eine 35 Jahre alte Frau litt an Verblödung, körperlich war sie, bis auf eine kleine Wunde am Ohr, gesund. Zur Heilung der Ohrwunde war ein Jodoformgaze-Verband angelegt worden. Am folgenden Morgen fand man die Kranke mit kalten Gliedmassen, ängstlichem Gesichtsausdruck, elendem Puls in ihrem Bette. Die Athmung war normal. Bald wurde sie sehr unruhig, hatte unwillkürliche Entleerungen von Koth und Urin und delirirte. Hautausschlag war nicht sichtbar. Der Jodoformverband war von der Kranken gelöst worden und sie hatte, als der geistige Zustand noch klar war, zugegeben, dass sie die Jodoformgaze in den Mund genommen und daran gekaut hätte. Nach Anwendung eines Brechmittels, welches prompt wirkte, und der sonst üblichen und hier erforderlichen Stärkungsmittel erholte sich die Patientin bald wieder. Die Menge von Jodoform, welche geschluckt worden war, war jedenfalls sehr gering. Die Empfindlichkeit der Kranken gegen dieses Mittel war zweifellos eine sehr grosse. Es wird dabei auf einen von Dr. Fox beschriebenen Fall hingewiesen, wo eine Vergiftung allein durch den Geruch von Jodoform entstanden ist.

Franz Meyer-Berlin.

Beitrag zur Kenntniss der Nebenwirkungen des Chinins. Sechs Fälle von schwerer Intoxikation durch übliche Chinindosen.

Von Dr. Gorbatschew.

(Klinitscheski Journal. Wratsch 1900, No. 15.)

In einem Falle stellte sich nach der Einnahme von 0,3 Chinin jedesmal bedeutende Schwäche, starkes Herzklopfen mit Präkordialangst und schlechtes subjektives Befinden ein. In den übrigen Fällen kam es zu noch komplizirteren Krankheitserscheinungen: es traten Dermatitis universalis exfoliativa acuta gravis, eine eben solche Affektion der Mund-, Rachen-, Magenschleimhaut, der Konjunktiva, der Nasenschleimhaut, ferner auffällige Steigerung der Temperatur mit vorübergehendem Schüttelfrost, vorübergehende seelische Aufregung mit relativ leichter Trübung des Bewusstseins und einige Tage anhaltende Schwäche auf. In einem Falle waren alle diese Erscheinungen im ganzen achtmal aufgetreten, und zwar jedesmal nach Chinineinnahme.

Durch Studium der entsprechenden Literatur gelangte Verf. zu dem Schlusse, dass die mehr oder minder grössere Toleranz des Organismus dem Chinin gegenüber von gewissen Verhältnissen abhängig ist. So wird das Chinin bei fieberhaften Erkrankungen mit intermittirendem Typus besser vertragen, wenn es sich nicht um sehr geschwächte, blutarme Individuen handelt, bei denen es unter der Einwirkung des Chinins zur Entwickelung von Febris ictero-haematurica kommen kann. Frauen reagiren auf das Chinin stärker, ganz besonders während der Periode. Bei bestehenden Blutwallungen zum Kopfe und erblicher Prädisposition kann der Gebrauch des Chinins leicht zu Geistesstörungen führen. Ferner ruft das

Chinin eine Verschlimmerung bestehender Augen- und Ohrenerkrankungen hervor; besondere Vorsicht ist bei Erkrankungen des Labyrinths geboten. Schliesslich kann durch das Chinin bei bestehender Herzschwäche vollständiger Stillstand der Herzthätigkeit herbeigeführt werden. Unter diesen Umständen ist der Gebrauch des Chinins mit möglichst geringen Dosen zu beginnen und auf die Reinheit des Präparats grosses Gewicht zu legen. Von den zahlreichen Beimischungen, die im käuflichen Chinin enthalten sind, sind es die Salicylsäure und die übrigens Alkaloide der Chinarinde, die hauptsächlich die unangenehmen Nebenwirkungen des Chinins bedingen. Kontraindizirt ist der gleichzeitige Gebrauch von Chinin und Jodkalium, weil dabei schwere Störungen von Seiten des Magendarmkanals und des allgemeinen Zustandes entstehen können.

Lb.

Chinin-Haemoglobinurie.

Von A. G. Welsford.

(The British Medical Journal 15. Dez. 1900)

Nur einige Praktiker sind der Ansicht, dass das Schwarzwasserfieber durch Anwendung von Chinin bei Malariakranken hervorgerufen wird. Diese Theorie ist wahrscheinlich falsch. Denn wie sollte man erklären, dass bei den häufigen Chiningaben und bei verschiedenen Arten der Malaria das Schwarzwasserfieber ausbleibt und dass diese Krankheit an gewisse Gegenden strikt gebunden ist, während andere Distrikte vollkommen frei davon sind. Thatsache ist nur, dass in einzelnen, seltenen Fällen durch Chinin Haemoglobinurie entstehen kann, dass aber auch diese Fälle sehr selten sind. So z. B. wird von einem Manne berichtet, welcher an hochgradiger Malariacachexie litt. In den letzten drei Jahren hatte er häufig leichte Anfälle von Schwarzwasserfieber gehabt, dabei aber nur selten oder gar kein Chinin gebraucht. Er wurde wegen seines elenden Zustandes in das Beira Railway Hospital gebracht. Nachdem er zweimal eine Dosis von 10 grains, d. h. etwas mehr als $^1/_2$ g Chinin eingenommen hatte, trat Temperatursteigerung, Erbrechen und Schmerz ein und am Abend desselben Tages wurden 10 Unzen (etwa 280 cbcm) schwarzen Urins entleert. Nach Aussetzen des Chinins trat schnell Besserung ein; schon am nächsten Morgen war der Urin klar und enthielt nur noch Spuren von Albumen. Nachdem eine Woche lang die Temperatur normal geblieben und im Befinden keine weitere Veränderung eingetreten war, wurde noch einmal Chinin, zweimal in Gaben zu 10 grains gegeben. Das Resultat war dasselbe. Wiederum zeigte sich Fieber, Erbrechen, Schmerz und mehr als 300 cbcm schwarzverfärbten Urins wurden entleert. Ein zweiter Fall ist ähnlich in seinem Verlauf. Auch hier besteht kaum ein Zweifel, dass das Chinin die Ursache der Haemoglobinurie bildet. Es ist bekannt, dass Haemoglobinurie durch Chlorkalium, Karbolsäure und Arsen-Wasserstoff entstehen kann. Die Haemoglobinurie durch Chinin muss wohl zu dieser Art von Vergiftung gerechnet werden.

Franz Meyer-Berlin.

Gynäkologie.

Fahrlässige Körperverletzung — Entfernung der Gebärmutter anstatt der Nachgeburt durch einen Arzt.

Von Med.-R. Dr. Gruner-Grossenhain.

(Vierteljschr. f. ger. Med. 1901 H. 1.)

Der Fall ist ein Seitenstück zu einem aus Lehrbüchern der gerichtlichen Medizin bekannten früheren Vorkommniss. Die Geschichtserzählung ist kurz folgende.

Ein Arzt wird zu einer Mehrgebärenden gerufen, die gern chloroformirt werden möchte. Er erscheint den An[…] etwas angetrunken. Während die Hebamme keinen […] für nöthig erachtet hat, hat er den Eindruck, als sei […] typhös und die Geburt erschwert. Er greift zur Zange […] gleitet ab. Er perforirt den Kindsschädel. Dann le[gt er die] Zange wieder an, wieder erfolglos. Dann beschäftigt [sich der Ge]burtshelfer sich etwa dreiviertel Stunden mit der W[…] vergeblich. Erst nach einer weiteren Pause und na[ch noch]maliger Einführung des Perforatoriums gelingt die W[…] Nach der Entbindung folgt eine Blutung. Das Herausn[ahme] der Nachgeburt misslingt. Er geht mit der Hand ein, ar[beitet] unter den grössten Qualen für die Entbundene länger darin herum und beförderte zuletzt die Gebärmutter [h…] Die Frau lebte kaum noch eine halbe Stunde.

Die Sektion ergab Zerreissung des Scheidenvorhofs […] Dammes bis zum After, Zerreissung des Bauchfells und [der] der Gebärmutter, Verlagerung des Fruchtkuchens in [die] Bauchhöhle.

Das Medizinalkollegium nahm an, dass schon der Sch[eiden]riss, den der Angeklagte nicht schuldhaft verursacht zu haben brauchte, den Tod durch Verblutung herbeiführen konnte, dass der Arzt aber durch die ungeeignete Verwendung der Zange und durch die Entfernung der Gebärmutter gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt habe.

Der Staatsanwalt liess die Anklage auf fahrlässige Tö[dtung] fallen, und der Angeklagte wurde nur wegen fahrlässiger Körperverletzung verurtheilt.

Spontaner Gebärmutterriss unter der Geburt bei Querlage. Verschulden der Hebamme durch Verkennung der Kindeslage und Unterlassung der Zuziehung eines Arztes.

Von weil. Medizinalrath Dr. O. Moebius.

(Ztschr. f. Med. Beamte 1901, No. 12.)

Der grösste Theil der Geschichtserzählung ist bereits [durch] den Titel gegeben. Die Hebamme erklärte, der Kopf [liege] vor, alles werde gut gehen. Als die Geburt sich sehr hin[zog,] veranlasste sie einen Arzt, ohne Besichtigung der Kreissenden Secale cornutum zu verschreiben (!). Trotz aller Bitten der Kreissenden erklärte sie die Zuziehung eines Arztes für überflüssig. Die Frau starb. Nach ihrem Tode öffnete ein Arzt den Leib und fand den Steiss des Kindes fest ins Becken eingekeilt, den Kopf oben, die Kniee rechts; die Sektion ergab einen Gebärmutterriss.

Die Strafkammer konnte sich zu keiner Verurtheilung entschliessen. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass [es] Fälle giebt, in denen die Querlage schwer zu erkennen [ist,] und dass man keinen Grund zu der Annahme hat, die Hebamme habe trotz richtiger Erkenntniss der Lage den Arzt nicht holen lassen. Sollten die Wehenpulver ungünstig gewirkt haben, so trage hieran der Arzt die Schuld, der sie verordnet habe, nicht die Hebamme.

Dagegen wurde auf anderem Wege der Frau eine empfindlichere Strafe zugefügt: Der Bezirksausschuss erkannte auf Entziehung des Prüfungszeugnisses, und das Oberverwaltungsgericht bestätigte dieselbe. Pflichtwidrigkeiten wurden erblickt: 1. In der Verabfolgung der Wehepulver, deren Verordnung vom Arzte nur durch eine ungenügende, ja unzutreffende Schilderung der Sachlage erlangt war, 2. in dem Widerstand gegen das Verlangen der Kreissenden nach ärztlicher Hilfe. Ausserdem hatte sich herausgestellt, dass die Hebamme in einem anderen Falle die Anzeige des Kindbettfiebers unterlassen hatte.

gegenwärtige Standpunkt in der Bekämpfung des Kindbettfiebers.

Von Schenk.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 23, S. 267.)

Die wichtigsten Punkte seiner Ausführungen fasst der asser in folgende Sätze zusammen:

Die Bekämpfung des Kindbettfiebers ist in der Haupte vorbeugender Natur. Unter den Verhütungsmassregeln t in erster Linie die Beschränkung der inneren Unterıung und der geburtshilflichen Operationen auf das drinst Nothwendige. Bei jeder innern Untersuchung und jedem stigen innern Eingriff ist peinlichste Reinigung der Hände der zur Benutzung gelangenden Instrumente sowie der sern Geschlechtstheile und ihrer Umgebung Vorbedingung. ·ziell bei der Händedesinfektion kommt es weniger auf die Art ; Desinfiziens als auf die Gründlichkeit der Säuberung an.

Die Hebammen müssen in die Lage gesetzt werden, das əsen der Desinfektion dermassen zu beherrschen, dass eine tweilige Suspension von der Praxis überflüssig wird. Um əses Ziel zu erreichen, ist es nöthig, dass an die Ausbildung d Fortbildung der Hebammen höhere Ansprüche gestellt ərden, sowie dass den Hebammen überall ein ausreichendes indesteinkommen sicher gestellt und die Sorge für Alter und validität abgenommen wird. Dagegen erscheint eine bessere orbildung der dem Hebammenberuf sich widmenden Frauen icht nothwendig. Wir brauchen neben den Hebammen eine rössere Zahl von Krankenpflegerinnen, welche für das Vochenbett besonders geschult worden sind, damit die Hebımmen in jedem Falle von der Pflege kranker Wöchnerinnen befreit werden können.

Bei Einhaltung aller Verhütungsmassregeln muss die ausserıalb der Anstalten gegenwärtig noch sehr hohe Sterblichkeit an Kindbettfieber auf mindestens die Hälfte der gegenwärtigen Höhe sinken. In einzelnen Landestheilen, speziell in den östlichen Provinzen Preussens, wird sich eine Besserung nur durch tiefgreifende soziale und hygienische Reformen erzielen lassen.

Nicht allgemeine Zustimmung wird der Satz finden, dass eine bessere Vorbildung der dem Hebammenberuf sich widmenden Frauen nicht nothwendig sei; erstrebenswerth bleibt sie unter allen Umständen, wenn sie auch bei der gegenwärtigen sozialen und wirthschaftlichen Lage kaum erreichbar erscheint. Das Wichtigste bleibt die Erziehung zur Reinlichkeit, die in den östlichen, mit polnisch-kassubischen Elementen stark durchsetzten Bezirken besonders zu wünschen übrig lässt, demnächst die Fortbildung der Hebammen in regelmässigen Wiederholungskursen, wie solche bisher noch immer nicht in allen Provinzen eingerichtet sind, die Bereitstellung von Wochenpflegerinnen, auf deren Heranziehung nicht blos bei Erkrankungen der Wöchnerinnen, sondern auch aus wirthschaftlichen Rücksichten mehr wie bisher Bedacht zu nehmen ist, und vor Allem die Hebung der wirthschaftlichen Lage der Hebammen, insbesondere durch Sorge für Alter und Invalidität.

Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

XXVI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte.

Baden-Baden, 8. und 9. Juni 1901.

Von den 19 Vorträgen seien folgende besonders hervorgehoben*):

*) Ein sehr bemerkenswerther Vortrag von Professor Hoche (Strassburg) über Neurosen nach elektrischen Verunglückungen wird nicht referirt, weil der Herr Vortragende uns einen Aufsatz über das gleiche Thema in Aussicht gestellt hat. D. Red.

1. **Bäumler**-Freiburg: Hysterie und multiple Sklerose (mit Krankenvorstellung).

Dem Patienten war ein Erdklumpen auf den Rücken gefallen, doch arbeitete er noch Wochen lang, bis er mit einer spastischen Paraparese in die Klinik aufgenommen wurde. Er konnte sich schwer aufsetzen, während die Bauchmuskeln beim Husten gut funktionirten. Am rechten Unterschenkel wurde Hypästhesie festgestellt. Das psychische Verhalten entsprach keineswegs dem bei der traumatischen Neurose. Fünf Monate nach dem Unfall erfolgte Entlassung, wobei nur noch Unterempfindlichkeit am rechten Bein bestand. Nach weiteren fünf Monaten wurde Patient wieder aufgenommen mit Paraparese und Hypästhesie beider Beine, ferner völliger rechter Hemianästhesie, ausser an der rechten Hand. Er schmeckte nichts an beiden Zungenhälften. Das rechte Gesichtsfeld war stärker als das linke eingeengt. Patellarreflex lebhaft, Fussklonus angedeutet, Muskelsinn gestört. Deutlich bestand Intentionstremor an den Augen, weshalb Vortragender annimmt, dass eine multiple Sklerose in der Entwickelung begriffen ist.

2. **Hoffmann**-Heidelberg. Referat: „Ueber disseminirte Sklerose."

Ein Material von 100 Fällen spricht nicht für Zusammenhang mit Metallvergiftung. In 5 Prozent trat das Leiden direkt nach einer fieberhaften Krankheit auf. In 10 bis 13 Prozent gingen Traumen vorher. Eingehend entwirft Vortragender die Symptomatologie, psychische Alteration, gelegentliche Anfälle; dysarthrische Störungen bestanden in 54 Prozent; Tachykardie, Erbrechen, Stimmbandlähmungen, Polyurie, Glykosurie u. a. deuten auf bulbäre Miterkrankung hin. Schwindel in 64 Prozent. Kopfschmerz (40 Prozent) ist öfter Frühsymptom. Neben den mannichfachsten Augensymptomen geben die Statistiken 50 bis 80 Prozent Nystagmus an, der dem Intentionstremor an die Seite zu stellen ist. Augenmuskelstörung in 33 Prozent. Pupillendifferenz in 33 Prozent. Als Spinalsymptom findet man manchmal nur Ermüdung, meist aber spastische Erscheinungen, gesteigerte Reflexe u. a. Bald Para-, bald Monoparese, bald gekreuzte Lähmung u. s. w. Sensibilitätsstörungen, früher unterschätzt, finden sich in 88 Prozent. In 60 Prozent Blasenbeschwerden. Nach einer differentialdiagnostischen Anführung von 25 Krankheiten bezeichnet Vortragender als das wichtigste therapeutische Mittel die Vermeidung von Schädlichkeiten, Ueberanstrengung, Erkältung; ferner Bettruhe, Hydro- und Balneotherapie; schliesslich Chinin, Jod, Arg. nitr., Arsen, Phosphor. Nach Quincke wäre Versuch mit Quecksilberbehandlung angebracht. Pathologisch-anatomisch findet man Gefässe, Glia, Nervenzelle und -Faser betroffen. Welche Affektion den Ausgangspunkt bildet, ist unsicher. Oft sind die Axone lang erhalten. Schwer ist eine Grenze zu ziehen zwischen alten myelitischen und sklerotischen Herden.

Diskussion: Erb-Heidelberg stimmt zu, verweist auf das Vorkommen von Besserung bei multipler Sklerose. Den Fall Bäumlers sieht er nicht als Sklerose an.

Fürstner (Strassburg) möchte einige Gruppen unterscheiden. In der einen schreitet die Krankheit von den zwanziger Jahren her gleichmässig fort, in einer andern tritt nach Frühsymptomen ein langer Stillstand ein. Bäumlers Fall fasst er als traumatisch-hysterisch auf.

Edinger (Frankfurt) berichtet von einem Fall, dem ein Kurpfuscher Schwimmenlernen verordnete, durch das sich die spastischen Erscheinungen für neun Jahre besserten.

Bäumler schildert mehrere Fälle von weitgehender Besserung.

Becker (Baden-Baden) hält den Nystagmus in Bäumlers Fall doch für organisch bedingt.

Erb verweist auf Fälle von Pseudo-Sklerose, die oft grosse Besserung zeigen und anatomisch nichts erkennen lassen.

Bäumler giebt zu, dass sein Fall Zweifel offen lässt.

Lilienstein (Nauheim) hat Besserung von Sklerose nach Erschütterung gesehen.

Gerhardt (Strassburg i. Els.) erwähnt zwei Fälle, in denen klinisches Bild und anatomischer Befund sich sehr wenig entsprachen.

von Strümpell erinnert daran, dass sich sklerotische ebenso wie gliöse Herde scharf von der Umgebung abtrennen. Er hält deshalb primäre Gliose für das wesentliche. Bemerkt, dass es auch echten Tremor bei Sklerose giebt. Die Uebungstherapie ist vielfach erfolgreich.

Fürstner glaubt, dass zuerst die Markscheiden erkranken.

Weigert (Frankfurt) betont, dass die scharfe Abgrenzung der Herde nur scheinbar ist, beruhend auf der Mangelhaftigkeit der Markscheidenmethode. Elektive Gliafärbung zeigt stets mehr Herde. Auffallend ist, dass man nirgends einen eigentlichen frischen Herd findet.

Hoffmann (Schlusswort).

von Strümpell (Erlangen): Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse.

1886 zeigte Pat. das Bild der spastischen Spinalparalyse bei intakter Sensibilität, Hirnnerven-, Blasen- und Darmfunktion; keine Atrophie. Schon 20 Jahre früher wollte er manchmal Schwere in den Beinen gespürt haben. Die Starre nahm zu, bis Pat. vor kurzem starb. Sein Vater und 2 bis 3 Brüder desselben hatten eine ähnliche Gehstörung. Anatomisch fand sich Pyramidenstrangdegeneration bis ins obere Halsmark, mikroskopisch waren geringe Veränderungen an den Oblongata-Pyramiden, sowie in den Goll'schen Strängen des Halsmarks zu bemerken.

Diskussion: Erb: Einem derart beobachteten Fall gegenüber ist jeder Zweifel an der Berechtigung dieser Krankheitsform hinfällig. Sicher ist, dass es eine primäre Seitenstrangdegeneration giebt und dass derselben das von ihm vor 26 Jahren entworfene Bild entspricht.

4. **Fürstner**-Strassburg. Ueber eine eigenthümliche Veränderung des Augenhintergrundes.

Vortr. verweist auf den Fall einer Frau, die an rechtsseitiger Parese, Aphasie und epileptiformen Anfällen litt und ferner Gefässerkrankung zeigte: Venenerweiterung, Nasenbluten, blutigen Urin. Der Augenspiegelbefund ergab ein sehr plastisches, Hervortreten der Arterien, Schlängelung an der Pupille und dunkle Färbung. Keine Pulsation, keine Niveaudifferenz. Sektion zeigte Arteriitis, auch an der Arteria ophthalmica, den Ciliar- und Retinalgefässen. In einem anderen Fall fand sich neben Anfällen von Bewusstlosigkeit und Zungenverletzung, rechts Parese, Patellarreflexsteigerung, Aphasie und etwas Demenz Der Augenhintergrund war in derselben Weise wie beim ersten Fall verändert. Die Deutungen von Seiten der Ophthalmologen hielten der Kritik nicht Stand. Das Bild entspricht nicht dem der Augengefässsyphilis.

6. **Rauschburg**-Budapest. Demonstration eines eigenen Apparats zur Untersuchung der Auffassung, Assoziation und des Gedächtnisses.

Durch ein Diaphragma sieht die Versuchsperson den Ausschnitt einer Kreisscheibe mit dem Reizobjekt, Punkten von verschiedener Farbe, Zahlen, Silben, Wörtern u. s. w. 60 Reize werden nach einander durch Umdrehung der Scheibe vorgeführt. Die Drehung erfolgt ruckweise in variirbaren Intervallen, indem Stromschluss und -Oeffnung durch ein Metronom hergestellt wird. Die Pausen sind dadurch ebenfalls genau zu variiren, von ein Viertel bis drei Sekunden. Zur Assoz- und Gedächtnissuntersuchung ist der Stromkreis eines ...skops einschaltbar, der sich mit Erscheinen des Reizes ... und mit der in einen Schallschlüssel gesprochenen Re... öffnet. Zur Gedächtnissprüfung verwendet R. das Ers... von Reizpaaren, worauf nach einer Pause nur der eine des Paares wiedererscheint und der andere durch die Vers...person produzirt werden muss. Durch ein übersichtl... Schéma werden die Versuchsergebnisse so dargestellt, ... sofort die Faktoren der Merkfähigkeit, Reproduktionstreu... -schnelligkeit darauf abzulesen sind.

Diskussion: Weygandt-Würzburg: Gegenüber der ...schen Reizapparaten von Römer und Alber bedeutet ... neue Apparat, bei dem störende Geräusche u. s. w. leicht ...schliessen sind, einen Fortschritt, wenn auch die noch ... ganz vermiedene Bewegung des auftauchenden Reizes ... ihrer Schnelligkeit vielleicht eine Störung bilden kann. ... Allem für Wahrnehmungs- und Gedächtnissversuche sind w... volle Ergebnisse zu erwarten, während der rasche Gang ... Apparats für Assoziationsversuche weniger Bedeutung hat, ... dabei die deskriptive Analyse des psychischen Vorgangs ... nachlässigt würde. Es steht zu wünschen, dass auch an ... deutschen Kliniken derartige Versuche weiteren Eingang f... würden.

7. **Van Oordt**-St. Blasien. Ueber intermittiren... Hinken.

Die physiologische Funktion der Gefässwand hat her...ragenden Antheil am Symptomkomplex. Die Gefässwand ... von abnormen Reizen getroffen werden oder selbst ab... reizbar sein. Zwei Fälle sprachen dafür. 1. Ein Mann ... 61 Jahren geht immer schlechter, nach einer Viertel... schon kommt er nicht mehr weiter. Dabei Kopfschmerz ... etwas Parästhesie. Nach kurzer Rast geht es wieder ... Sitzen fühlt er sich wohl. Die Beine sind schwach und ... cös; Haut sonst normal. Arteriaetibiales anteriores u... teriores beiderseits, ferner Art. popliteae und Art. fem... zeigen keinen Puls. Die Schläfen- und Armarterien sind ... arteriosklerotisch. Anamnestisch ist nur zu bemerken, ... Patient als Knabe viel stehen musste und dann Parästhe... spürte, und dass er stets nach starkem Kaffeegenuss ... sein in den Extremitäten fühlte. Digitalis machte Kopfschm... Ferner trug Patient seit Jahren ein Bruchband, das die ... des Austritts der A. femorales komprimirte. 2. Ein 69jähri...ger russischer General, starker Cigarettenraucher, hat ... Jahren Varicen und ermüdete später rasch beim Gehen, wäh...rend er vor zwei Jahren noch neun Stunden andauernd ... Etwas Alteremphysem. Arteriosklerose an Schläfe und Arm... Puls an A. femor. und poplit. kaum fühlbar, an A. tibiales ant. und post. fehlt er ganz. Bindeneinwickelung der Beine ... wird angenehm empfunden. Die Tochter des P. war an inte...ner Verblutung gestorben. In beiden Fällen handelt es si... um eine angiopathische Diathese.

8. **Laquer**-Frankfurt a. M. Ueber Myasthenie.

Patient erkrankte mit rechtseitiger Ptosis, Pupillendifferenz ... Erschöpfbarkeit der Kehlkopfmuskeln und zeigte in Bezug a... die Ermüdbarkeit das typische Bild der Myasthenie. Ein ... Kollaps trat auf, mit Ohrensausen, Ohnmacht und Pulsverlangsamung bis 40. Patient wurde bettlägerig und konnte sich vor ... Schwäche nicht mehr umwenden. Nach weiteren Kollapsen ... trat unter Aspirationspneumonie der Tod ein. Die Krankheitserscheinungen waren immer rein motorisch. Ueber den Befund ... berichtet der nächste Vortrag.

9. **Weigert**-Frankfurt a. M. Anatomischer Befund zur Myasthenie.

Das Centralnervensystem war nicht wesentlich verändert.

Muskeln zeigten mikroskopisch nichts Abnormes. Im astinum fand sich eine Thymus, 5 cm hoch, 3 cm dick, erig, auf dem Durchschnitt roth, von weissen Knoten hsetzt. Mikroskopisch zeigten sich Blutmassen und Gesinseln aus kleinen Zellen, epithelioiden Zellen und Hassalen Körpern. Ferner waren überall im Perimysium aller ommenen Muskeln mikroskopisch ganz ähnliche Zellanfungen zu sehen mit lymphoiden Zellen, spärlichen grösseren, oplasmareichen Zellen, ferner Blutungen, jedoch ohne salsche Körperchen.

10. **Bälz**-Tokyo. Klima, Erkältung und Rheumamus und ihr Verhältniss zum Nervensystem.

Ebenso wie Urticaria und Asthma beruht auch Erkältung Idiosynkrasie, auf einer persönlichen Reaktion des Nervenstems gegenüber gewissen Reizen, die bei anderen Menschen ine Wirkung haben. Wenn die Hautgefässe gelähmt werden, B. durch heisse Bäder, erkältet man sich nicht, weil die fässe sich nicht mehr auf Kältereize zusammenziehen. Im deren Fall wird das Blut in den Körper gedrängt und in nem Locus minoris resistentiae eine Infektion ermöglicht. bhärtung setzt die Reflexität gegen Wettereinflüsse herab. ortr. verglich seine Hauttemperatur mit der eines japanischen uli im Zimmer und nach dem Aufenthalt im Freien; bei Vortr. ar sie dabei um 8,5 Grad, beim Kuli nur um 5,0 Grad genken; letzterer erholte sich in der halben Zeit wieder. Langes aufen in der Hitze veränderte die Temperatur des Kuli nicht, o lange er unbekleidet war; erst wenn er beim Rikshaziehen Kleider trug, stieg seine Körperwärme um 2,3 Grad. Abhärtung ist nicht bei allen Naturen möglich; Rheuma beruht auf einer Hyperästhesie der Kältenerven. Vortr. glaubt, dass auch lie Elektrizität auf manche Menschen analog wie die Kälte wirkt; ja man kann von einem „allgemeinen tellurischen Sinn" sprechen. Unter dem Kälteeinfluss werden die Gefässnerven berührt und das vorbeifliessende Blut selbst verändert.

11. **Neumann**-Karlsruhe. Zur Aetiologie der Chorea minor. Bei 185 Fällen ergab sich ein Schwanken der Häufigkeit nach Jahren und Monaten. Im Frühjahr ist Chorea am häufigsten. Der Rheumatismus zeigt eine ähnliche Kurve, doch mit etwas früherem Gipfel. Aetiologisch kommt neben dem Anschluss an Infektionskrankheiten noch in Betracht der psychische Shoc in 14 Prozent. Davon zu trennen sind die Fälle mit psychischer Infektion und mit Heilung durch Suggestion. Diese Pseudochorea beruht auf hystsrischer Basis. Die echte Chorea beruht in erster Linie auf Toxinwirkung, daneben kommt in Frage die Prädisposition auf Grund konstitutioneller oder temporärer Minderwerthigkeit.

12. **Weygandt**-Würzburg. Beitrag zur Diagnose der Neurasthenie.

Gegenüber der alten Beard'schen Aeusserung der Neurasthenie als Folge von Erschöpfung wurden schon früh die Beziehungen zu konstitutionellen Leiden betont, so von Jolly. Neuerdings wird, so von Kräpelin und Schaffer, streng geschieden zwischen erworbener, exogener Erschöpfungsneurasthenie und endogener, konstitutioneller, degenerativer Neurasthenie auf angeborener Grundlage. In praxi aber wirken beide Faktoren oft nebeneinander; es lässt sich annehmen, dass der konstitutionell Neurasthenische wie gegen andere Gifte, z. B. Alkohol, so auch gegen die mit Autointoxikation einhergehende Erschöpfung intolerant ist. Therapeutisch und prognostisch wichtig ist es, die beiden Faktoren zu trennen, was sich durch das psychologische Experiment ermöglicht. Entsprechend der Auffassung von Möbius, der die Symptome der Erschöpfungsneurasthenie von denen der akuten Ermüdung ableitet, findet sich bei kontinuirlichen Prüfungsarbeiten ein der gewöhnlichen Ermüdungskurve entsprechender Verlauf der Leistungsfähigkeit: Der Gipfel liegt im Anfang, während die Normalarbeitskurve zunächst noch emporsteigt und dann sinkt Versuche von Gross und Röder bei Traumatikern und Normalen ergaben, dass der charakteristische Verlauf der Ermüdungskurve nicht zu simuliren ist. Vortragender demonstrirt eine Reihe von Kurven verschiedener Patienten. Bei konstitutionell Neurasthenischen schwankt der Verlauf lebhaft, bei Erschöpfungsneurasthenikern besteht ein Abfall von Anfang an, bei Rekonvaleszenten ein allmähliches Erheben der Kurve und bei Geheilten ein steiler Anstieg. Wichtig ist zur Beurtheilung die Kenntniss der Normalverhältnisse, Sicherung gegen störende Momente und die Berücksichtigung der Höhe des Verlaufs der Einzelleistung sowie der Veränderung von Versuch zu Versuch. Insbesondere für Nervenanstalten empfiehlt sich zur Differentialdiagnose wie zur Kontrole der Behandlung dieser einfache Versuch des fortlaufenden Addirens einstelliger Zahlen mit Markirung jeder Minute, wodurch zahlenmässige, sinnenfällige Ergebnisse auf einem Gebiet erzielt werden, das bisher fast nur auf subjektive Angaben angewiesen war.

Weygandt-Würzburg.

Berliner Bahnärztlicher Verein.

61. ordentliche Sitzung am Freitag, den 22. Februar 1901 im grossen Sitzungssaale des Anhalter Bahnhofs.

Vorsitzender: Brähmer. Schriftführer: Pollnow.

I. Geschäftlicher Theil:

a) Brähmer gedenkt des am 20. Januar verstorbenen Vorstandsmitgliedes Eberty in einem Nachrufe.

b) Aufgenommen als ausserordentliche Mitglieder Dr. Friedenheim, W., Leipzigerstr. 95 und Dr. Strassmann, N.W., Alexander-Ufer 1.

c) der Vorsitzende macht Mittheilung von der Konstituirung eines bahnärztlichen Vereins im Direktionsbezirk Münster (Vors.: Isermeyer-Osnabrück.)

d) Vom Reichseisenbahnamte wird die Schrift über Tuberkulose von Knopf zur Anschaffung empfohlen. Es wird beschlossen, 100 Exemplare auf Vereinskosten für die Mitglieder zu beschaffen.

e) Brähmer erstattet einen kurzen Bericht über das verflossene Vereinsjahr, Pollnow giebt den Bericht über die Kasse, die mit einer Einnahme von 616,71 Mark und einer Ausgabe von 371,70 Mark abschliesst, so dass ein Kassenbestand von 245,01 Mark verbleibt. Nach Prüfung der Kasse durch die Revisoren Simon und Herzfeld wird dem Kassenführer Entlastung ertheilt.

f) Neuwahl des Vorstandes:

Es werden Brähmer zum Vorsitzenden, Schwechten zum stellvertretenden Vorsitzenden, Pollnow zum Schriftführer, Ramm zum stellvertretenden Schriftführer, Jung, Witte, Hahn zu Beisitzern gewählt.

g) An Stelle Eberty's wurde Hafemann in die Vertrauens-Kommission gewählt, die demnach jetzt aus den Kollegen Witte, Jung und Hafemann besteht.

h) Brähmer berichtet über die Massregeln, die getroffen worden sind, um das Verdunsten des Aethers in den Rettungskästen zu verhindern und fordert die Mitglieder auf, bei den Revisionen auf die Wirkung dieser Massregeln zu achten.

II. Wissenschaftlicher Theil:

Herr Geheimer Baurath Bork: Die Unfälle beim elektrischen Betrieb der Strassenbahnen.

Der Herr Vortragende gab zunächst einen Ueberblick über die Entwickelung des Strassenbahnverkehrs und stellte im Besonderen auf Grund statistischer Aufzeichnungen, welche sich auf den Betrieb der Grossen Berliner Strassenbahn und der mit ihr vereinigten Neuen Berliner Pferdebahn, jedoch nicht auf die übrigen Strassenbahnen in Berlin und Umgebung bezogen, einen Vergleich der Verkehrsverhältnisse in Berlin zwischen dem Jahr 1895 und den Jahren 1899 und 1900 an. Am Ende dieses Jahres waren bereits gegen 80 Prozent des früheren Pferdebahntriebes in elektrischen Betrieb umgewandelt, während im Jahre 1895 erst wenige Versuchswagen verkehrten. Aus den mitgetheilten Zahlen ergab sich, dass unter Berücksichtigung der beförderten Personen eine geringe Steigerung der Unfälle stattgefunden hat. Es entfielen nämlich auf eine Million Fahrgäste im Jahre 1895: 10,535, 1899: 12,260 und 1900: 11,237 Unfälle. Im Verhältniss zu den zurückgelegten Wagenkilometern hat sich dagegen eine Abnahme ergeben, indem auf eine Million Wagenkilometer im Jahre 1895: 50,12, 1899: 51,52 und 1900: 46,83 Unfälle kamen. Ungünstiger stellt sich das Verhältniss für den elektrischen Betrieb, wenn man nicht die Gesammtzahl der Unfälle, sondern nur die Fälle mit tödtlichem Ausgang und die mit schwereren Verletzungen verbundenen Unfälle in Betracht zieht. Diese betrugen 1895: 0,484 (0,044 + 0,440), 1899: 0,533 (0,070 + 0,463) und 1900: 0,677 (0,110 + 0,567) auf je eine Million beförderter Personen oder 1895: 2,30 (0,21 + 2,09), 1899: 2,24 (0,29 + 1,95) und 1900: 3,83 (0,46 + 2,37) auf je eine Million Wagenkilometer. Während die Zahl der beförderten Personen von 1895 bis 1900 auf das 1,5fache und die der zurückgelegten Wagenkilometer auf das 1,7fache gestiegen sind, haben sich die oben angeführten schweren Unfälle auf das 2,1fache vermehrt. Der Hauptsache nach ist die erhöhte Betriebsgefahr einerseits der erstrebten Vermehrung der Verkehrsgelegenheit auf den Strassenbahnen und andrerseits der stetigen Steigerung des sonstigen Wagen- und Fussgängerverkehrs zuzuschreiben.

Auf die verschiedenen Ursachen der Unfälle übergehend wurde angeführt, dass in den Jahren 1895, 1899 und 1900 die gesammten Unfälle sich auf die einzelnen Ursachen in den nachstehend angegebenen Prozentsätzen vertheilen.

Von sämmtlichen Unfällen entfielen auf	im Jahre 1895	1899	1900
Absteigen	51 Proz.	38 Proz.	28 Proz.
Aufsteigen	19 „	20 „	17 „
Betreten der Geleise	10 „	16 „	21 „
Fallen vom Wagen	7 „	4 „	3 „

Hieraus geht hervor, dass beim Ab- und Aufsteigen verhältnissmässig viele Unfälle eintreten. Eine Abnahme des Prozentsatzes ist allerdings seit der Einführung des elektrischen Betriebes zu verzeichnen gewesen und hieraus kann gefolgert werden, dass wenigstens schon bei einem Theil des Publikums die aus Anlass der vermehrten Geschwindigkeit hervorgegangene Steigerung der Gefahr zum Bewusstsein gekommen ist und demgemäss das Ab- und Aufsteigen während der Fahrt mehr vermieden wird als beim früheren Pferdebahnbetrieb. Im Uebrigen hat auch der inzwischen zum grössten Theil durchgeführte Abschluss der in der Fahrtrichtung links befindlichen Zugänge bei der Verminderung dieser Gattung von Unfällen mitgewirkt. Eine weitere Verminderung derselben wird vielleicht auch noch durch ein polizeiliches Verbot des Ab- und Aufsteigens während der vollen Fahrt zu erreichen sein. Den in anderen Städten zum Theil gebräuchlichen Verschluss der rechtsseitigen Einsteige-Oeffnungen einzuführen, dürfte sich für Berlin nicht empfehlen, da durch derartige Einrichtungen das Ab- und Aufsteigen erheblich verzögert und somit die Gesammtfahrzeit verlängert wird. Dagegen steht zu erwarten, dass durch weitere Vervollständigung der die Räder umschliessenden, seitlichen Schutzbretter noch eine Herabminderung dieser Unfälle möglich ist. Zweifellos wird aber die grösste Verminderung dieser Unfälle durch vermehrte Vorsicht der Fahrgäste zu erzielen sein.

Eine verhältnissmässig grosse Gefahrquelle bildet auch das Ueberschreiten des Geleises unmittelbar vor dem Wagen und zwar hat sich hierbei aus Anlass der grösseren Geschwindigkeit eine wesentliche Steigerung der Unfälle im Allgemeinen und der schweren Unfälle im Besonderen ergeben. So waren beispielsweise im Jahre 1900 39 Prozent aller Unfälle, welche den Tod oder schwere Verletzungen zur Folge hatten, auf Ueberschreiten der Geleise zurückzuführen. Hier wird augenscheinlich vom grossen Publikum die drohende Gefahr noch nicht genügend erkannt. Auch scheint vielfach die irrige Meinung verbreitet zu sein, dass der Fahrer den schneller laufenden und erheblich schwereren, elektrisch betriebenen Wagen auf gleich kurze Entfernung zum Halten bringen kann wie den Pferdebahnwagen. Dies ist nun keineswegs der Fall, weil der Bremsweg von der jeweiligen Geschwindigkeit, dem Gewicht des Wagens und der Bremskraft abhängig ist. Letztere kann nun nicht beliebig gesteigert werden, sondern ist an bestimmte natürliche Grenzen gebunden. Daher hat es der Fahrer nicht in der Hand, den Bremsweg kürzer zu gestalten, als er durch die vorgenannten Verhältnisse bedingt ist.

Als wirksame Mittel zur Verminderung der Unfälle beim Ueberschreiten der Geleise sind anzuführen durchaus zuverlässige, den neuesten Erfahrungen entsprechende Bremsvorrichtungen und ein tüchtig ausgebildetes und in Gefahrfällen entschlossen handelndes Fahrerpersonal. Auch eine weitgehende Aufsicht über das Personal hinsichtlich der Dienstführung und Innehaltung der zulässigen Geschwindigkeitsgrenzen wird zur Verringerung der Unfälle beitragen. Bei Einführung des elektrischen Betriebes muss dem Verkehrsbedürfniss soweit Rechnung getragen werden, dass eine grössere Fahrgeschwindigkeit als bisher ermöglicht wird. Andererseits darf aber dabei die Rücksicht auf die Sicherheit des Betriebes nicht ausser Acht gelassen werden. Um beiden Anforderungen gerecht zu werden, ist daher durch genaue Prüfung festzustellen, welche Höchstgeschwindigkeit für die einzelnen Fahrstrecken zugelassen werden kann. Zur Vermeidung von Geschwindigkeitsüberschreitungen wird die Ausrüstung der Motorwagen mit geeigneten Apparaten anzustreben sein. Die in Aussicht genommene Anbringung von Schutzvorrichtungen an den Wagen wird ebenfalls zur Vermeidung der Unfälle beitragen. Als wirksamste Schutzmassregel ist aber auch hier jedenfalls die eigne Vorsicht der die Geleise Ueberschreitenden anzusehen, und man darf hoffen, dass diese Erkenntniss sich immer mehr Bahn brechen wird. Hierfür spricht auch der Umstand, dass die jedesmal bei der Umwandelung des Pferdebahnbetriebes in elektrischen auf den betreffenden Strecken zunächst eintretende Zunahme der Unfälle sich nach längerem Bestehen dieser Betriebsweise in das Gegentheil verwandelt.

An die Sitzung schloss sich in üblicher Weise ein gemeinsames Abendessen zur Feier des Stiftungsfestes, das in Restaurationsräumen des Anhalter Bahnhofes abgehalten wurde.

Pollnow.

resversammlung des Vereins der Bahnärzte des Bezirks der Königl. Eisenbahn-Direktion Elberfeld

m 12. Juni 1901 in der Stadthalle Johannisberg in Elberfeld.

Tagesordnung:

1. Ergänzungswahl des Vorstandes (§ 3 Absatz 2 der zungen).

2. Rechnungslegung.

3. Ausstellung von Gegenständen des Unfall-Rettungssens und des Krankentransports auf der im Jahre 1902 in sseldorf stattfindenden Industrie- und Gewerbe-Ausstellung itens der Königlichen Eisenbahn-Direktion Elberfeld.

4. Gründung und Ausbildung freiwilliger Eisenbahn-Sanitskolonnen, thunlichst in Anlehnung an die Vereine vom othen Kreuz.

Kurse zur Ausbildung von Samaritern in der ersten Hilfeistung von Unglücksfällen.

5. Verhaltungsmassregeln bei pestverdächtigen Erkranungen auf der Eisenbahnfahrt (Krankenübergabestationen).

6. Wahl des Ortes für die nächste Jahresversammlung.

7. Geschäftliches.

Der stellvertretende Vorsitzende San.-Rath Dr. Le Blancpladen eröffnet die Versammlung in Vertretung des leider och erkrankten ersten Vorsitzenden Herrn San.Rath Dr. von uérard und begrüsst die erschienenen Vereinsmitglieder owie den Vertreter der Königl. Eisenbahn-Direktion, Herrn Reg.-Rath Wache. Anwesend sind 37 Mitglieder.

Es wurde beschlossen zu:

Punkt I der Tagesordnung:

An Stelle des in Folge Versetzung nach Oppeln ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedes Dr. Flatten-Düsseldorf wird San.-Rath Dr. Dormann-Düsseldorf in den Vorstand gewählt, welcher die Wahl annimmt.

Punkt II. Die Rechnung wird von den hierzu gewählten San.-Rath Dr. Dormann und San.-Rath Dr. Holzschneider-Cronenberg einer Prüfung unterzogen und für richtig befunden; dem Kassenführer wird Entlastung ertheilt.

Punkt III. Zur näheren Prüfung der Frage, welche Gegenstände des Unfall-Rettungswesens und des Krankentransports zur Ausstellung auf der im Jahre 1902 in Düsseldorf stattfindenden Industrie- und Gewerbe-Ausstellung seitens der Kgl. Eisenbahn-Direktion Elberfeld zu beschaffen sind, wird eine Kommission gebildet, welche ausser dem Vereinsvorstande:

San.-Rath Dr. von Guérard-Elberfeld,
„ „ „ Le Blanc-Opladen,
„ „ „ Tütel-Schwerte,
„ „ „ Hellmann-Siegen,
„ „ „ Dormann-Düsseldorf

aus folgenden Herren besteht:

San.-Rath Dr. Holzschneider-Cronenberg,
„ „ „ Hermkes-Düsseldorf,
„ Schirp-Vohwinkel,
„ Hofacker-Düsseldorf,
„ „ „ Reipen-Kalk.

Die Kommission wird der Kgl. Eisenbahn-Direktion bis Ende Oktober d. J. Vorschläge machen unter Angabe der Preise und Bezugsquellen der zu beschaffenden Gegenstände.

Punkt IV. Die Versammlung hält die Einrichtung freiwilliger Sanitätskolonnen, thunlichst in Anlehnung an die Vereine vom Rothen Kreuz, namentlich auf grösseren Stationen, für nützlich. Auf kleineren Stationen dagegen würden sich nach Ansicht der Versammlung die Eisenbahnbediensteten zweckmässiger an die am Orte befindlichen Sanitäts-Abtheilungen anschliessen.

Punkt V. Mit dem im Entwurfe vorgelesenen Schreiben der Kgl. Eisenbahn-Direktion an die Herren Oberpräsidenten in Koblenz und Münster betr. Krankenübergabestationen und Untersuchungsräume in Pestfällen vom 12. Juni J.-No. Aa III 811, erklärt die Versammlung sich einverstanden.

Punkt VI. Als Ort für die nächste Jahresversammlung wird Düsseldorf gewählt.

Punkt VII. San.-Rath Dr. Le Blanc erstattet kurz Bericht über die am 12./13. April d. J. in Berlin stattgefundene Ausschusssitzung der deutschen Bahnärzte. Zum Schlusse erwähnt er, es sei beschlossen worden, einen Antrag an den Herrn Minister auf einheitliche Regelung der für die Ausstellung ärztlicher Atteste zu zahlenden Gebühren zu richten. Die von dem Ausschusse des Verbandes deutscher Bahnärzte vorgeschlagene Abänderung des § 6 der Satzungen des Verbandes, betr. Wahl eines engeren Ausschusses zur Erledigung eiliger Angelegenheiten wird genehmigt und auch ein Stellvertreter für wählbar erklärt. Auf eine Anfrage des Vertreters der Königlichen Eisenbahn-Direktion erklärt die Versammlung es für zweckmässig, dass in Urlaubsfällen das etwa erforderliche Arztzeugniss von der Direktion oder Inspektion, nicht vom Beamten unmittelbar, angefordert wird.

Bezüglich der Unterbringung von Beamten in Heilanstalten oder Bädern war man der Ansicht, dass es zweckmässig sei, von Fall zu Fall mit der Verwaltung von Bädern oder Heilanstalten behufs Gewährung ermässigter Preise in Verbindung zu treten, im Uebrigen aber den Beamten-Verbänden überlassen bleiben müsse, mit Badeverwaltungen Verträge über ermässigte Preise zu Gunsten ihrer Mitglieder zu schliessen. Zum Schluss zeigte und erläuterte Dr. Hellmann-Siegen einen Apparat zur Desinfektion von Eisenbahnwagen, Aufenthaltsräumen etc., welcher von der Versammlung allgemein als praktisch anerkannt wurde.

Zur Beschaffung wurde von der Versammlung warm empfohlen: a) Die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung von Dr. Knopf in New-York, und b) Leitfaden für den Unterricht der freiwilligen Krankenträger von Dr. Rühlemann. 12. Auflage.

Dr. Le Blanc. Wache. Hicke, Bureausekretär.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Begriff des Annehmens eines Doktortitels.
Ueberlassen von Arzneien durch ihre Verwendung bei Behandlung Kranker.
Urtheil vom 16. Juni 1900.

Nach der Einschränkung, die der Revisionsbeschwerde gegeben ist, ist in dieser Instanz nur nachzuprüfen, ob die Freisprechung des Angeklagten von der auf §§ 360 Nr. 8 und 367 Nr. 3 des Strafgesetzbuches erhobenen Anklage auf Rechtsirrthum beruht.

1. Die Strafkammer sieht für erwiesen an, dass der Angeklagte sich die Anrede „Doktor von M. . . .“ von einer Reihe seiner Kunden hat gefallen lassen, und dass in seinem Wartezimmer ein von Freunden ihm geschenktes Bild gehangen hat mit der Unterschrift „Herrn Dr. von M. . . . zur Erinnerung an“ . . . folgen die Namen. Aber sie stellt zugleich fest, dass der Angeklagte das Bild dort nicht in der Absicht aufgehängt hat, um seine Kunden in den Glauben zu versetzen, er habe den Doktortitel und sei adlig.

Diese Feststellung kann durch den von der Revision gegen sie erhobenen Widerspruch nicht beseitigt werden. Sie rechtfertigt es, den Thatbestand des § 360^8 nicht als vorliegend anzusehen. Das Annehmen eines Titels setzt eine

eigene Thätigkeit des Angeklagten voraus, nicht ein blosses Dulden der Anrede mit dem Titel von Seiten Anderer. Solche Thätigkeit ist nicht bloss darin zu finden, dass der Angeklagte sich selbst den Titel beilegt, sondern auch darin, dass er Anderen den Glauben beibringt, ihm komme der Titel zu, und sie dadurch bestimmt, diesen in Bezug auf ihn anzuwenden. Darum wäre es rechtlich zulässig gewesen, in dem Aufhängen des Bildes in dem Wartezimmer die Absicht des Angeklagten zu finden, seine Kunden darauf hinzuweisen, dass er „Dr. von M. . . .“ heisse, und solcher absichtliche Hinweis müsste als Annahme dieser Bezeichnung aufgefasst werden. Aber diese Absicht ist verneint. Die Ausführung der örtlichen Staatsanwaltschaft, der Angeklagte habe sich der Erkenntniss nicht verschliessen können, dass das Bild jene Wirkung auf die Kunden haben müsse, ist, wenn nicht unzulässiger Widerspruch gegen die Feststellung, die Geltendmachung einer Fahrlässigkeit, die für den Thatbestand des § 360 [8] nicht ausreicht. Von „Annehmen“ eines Titels kann nur bei einer vorsätzlichen Handlung die Rede sein.

2. Der § 367 [3] St.-G.-B. verbietet, Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit ihnen nicht freigegeben ist, zuzubereiten, feilzuhalten, zu verkaufen oder an Andere zu überlassen. Der Angeklagte hat nun Stoffe besessen, die unter jene Bezeichnung fallen, aber es wird nichts anderes für bewiesen angenommen, als dass er jene Stoffe in den Sprechstunden bei der Behandlung von Kranken benutzt hat, und darin ein Ueberlassen an Andere nicht gefunden.

Die Revision hält das für irrig, da auch die Uebertragung der Stoffe auf den Körper Anderer durch Einreiben und dergleichen als ein „Ueberlassen“ im Sinne des Gesetzes sich darstelle. Das würde zutreffen können, wenn es sich um die Stoffe handelte, die auch nach der Verwendung bei der Behandlung der Kranken ihre sachliche Selbständigkeit behalten und der Verfügung der Kranken, bei denen sie verwendet werden, unterliegen. Davon kann jedoch nicht die Rede sein bei den Präparaten, deren Verwendung im angefochtenen Urtheil festgestellt ist. Die Lösungen und Salben, deren Gebrauch dem Angeklagten nachgewiesen ist, wurden dadurch verbraucht, mithin nicht den Kranken überlassen.

Die Revision musste hiernach — wie auch der Ober-Reichsanwalt beantragte — verworfen werden.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Bruchleiden und dem Unfalle ist nicht erwiesen.

Rekurs-Entscheid vom 8. November 1900.

Der Bergmann M. hat am 4. August 1899 beim Heben eines entgleisten Förderwagens angeblich einen Unfall, bestehend in Zerrung der Rückenmuskeln, erlitten. M. erhob am 7. November 1899 Anspruch auf Unfallrente, weil er nach einem beigebrachten Attest des Dr. Sch. an erheblichen Krampfaderbrüchen leide, die als Folge des Unfalles anzusehen seien. Durch die Unfalluntersuchungsverhandlung vom 15. Dezember 1899 ist festgestellt worden, dass M. beim Heben eines entgleisten Förderwagens behülflich gewesen ist und sich dabei Schaden zugefügt hat, so dass er wegen heftiger Leibschmerzen die Arbeit einstellen musste. M. ist vom 5. bis 22. August 1899 im Knappschaftslazareth zu Königshütte behandelt worden. Bei der ärztlichen Untersuchung nach Aufnahme im Knappschaftslazareth wurde ein linksseitiger mittelmässiger Krampfaderbruch festgestellt, der seiner ganzen Beschaffenheit nach alt zu sein schien. Professor Dr. W., welcher den M. am 23. Januar 1900 nochmals untersuchte, verneint in seinem Gutachten vom 11. Februar 1900 die Frage, ob der Krampfaderbruch als eine Folge des Unfalles anzusehen sei, denn der Bruch habe sich bald nach der Verletzung vom 4. August 1899 in demselben Zustande befunden wie bei der Untersuchung am 23. Januar 1900. Der ärztliche Sachverständige hält die Möglichkeit einer plötzlichen Entstehung eines Krampfaderbruches für vollständig ausgeschlossen. Bei der Verrichtung, die M. ausgeführt habe, könnte zwar ein Krampfaderbruch allmählich entstehen, doch sei dann nicht bereits am folgenden Tage, wie im vorliegenden Falle, ein vollständig fertiger Krampfaderbruch vorhanden. Ebensowenig könne auf Grund der Beschaffenheit des Bruches angenommen werden, dass durch die angebliche Verletzung der Bruch sich verschlimmert habe; ferner bedinge der Bruch des M., wenn ein Suspensorium getragen würde, überhaupt keinen Erwerbsfähigkeitsverlust. Der Rentenanspruch des M. ist in allen Instanzen abgelehnt worden. Gründe:

Zwar steht fest, dass der Kläger an einem linksseitigen Krampfaderbruch leidet, auch muss als erwiesen gelten, dass er am 4. August 1899 beim Einheben eines entgleisten Förderwagens über Schmerzen im Leibe geklagt hat; nicht erwiesen ist dagegen, dass das Bruchleiden durch diese Thätigkeit verursacht oder auch nur verschlimmert ist. Nach dem überzeugenden Gutachten des Geheimen Sanitätsraths, Professors Dr. W. vom 11. Februar/29. Mai 1900, welches bereits die Vorinstanzen zur Grundlage ihrer abweisenden Entscheidungen gemacht haben und gegen welches der Kläger nichts Stichhaltiges vorzubringen vermocht hat, muss vielmehr angenommen werden, dass der Krampfaderbruch schon früher bei dem Kläger bestanden hat, ohne freilich von ihm störend empfunden oder nur bemerkt zu werden. Es kommt hinzu, dass nach der Ansicht desselben erfahrenen Sachverständigen der Bruch eine Erwerbsunfähigkeit überhaupt nicht bedingt. Deshalb war, wie geschehen, zu erkennen. (Compass.)

Liegt Simulation vor?

Rek.-Entsch. vom 25. Januar 1901.

Die 1851 geborene Arbeiterfrau H. B. in K. erlitt am 28. Juli 1899 im Betriebe des Fuhrherrn D. durch einen Fall von einem Ziegelwagen eine Verstauchung des linken Armes und des Brustkorbes. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Gewährung einer Unfallrente ab, nachdem Dr. med. H. ein Gutachten abgegeben hatte. Dr. H. erklärte, eine Beschränkung der Beweglichkeit ist weder im Schulter- noch im Ellbogengelenk zu konstatiren. Beugebewegungen des Körpers werden langsam ausgeführt und sind angeblich schmerzhaft. Auf Druck ist scheinbar die ganze Wirbelsäule schmerzhaft. Scheinbar besteht eine Gefühllosigkeit der linken Brusthälfte und des linken Armes. Sie ist der Simulation überführt worden; ihre Angaben über Schmerzen verlieren erheblich an Glaubwürdigkeit. Eine Lähmung der Augenlidmuskulatur besteht nicht; die B. kann die Augen gut geöffnet halten. Sie leidet an einer ganz geringen Lungenbläschenerweiterung; sie hat aber schon vor dem Unfall Schmerzen in der Brust gehabt; am Rücken sind Schröpfkopfnarben sichtbar; etwa bestehende Beschwerden sind Folgen eines alten Leidens, aber nicht des Unfalls. Nach dem Befunde ist anzunehmen, dass die B. simulirt und dass sie durch den Unfall in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht geschädigt ist. In ihrer Berufung behauptete die B., sie habe keine Kraft im verletzten Arme, sie könne sich nicht bücken, habe Augenschmerzen etc. Das Schiedsgericht wies jedoch die Berufung ab. In ihrem Rekurse leugnete die Klägerin, dass sie simulire; in dem Verfahren, betreffend ihren Anspruch auf Invalidenrente, sei anerkannt worden, dass sie seit dem Juli 1899 weniger als ein

ttel erwerbsfähig sei. Dem Antrage des Geschäftsführers gemäss wies das Reichsversicherungsamt den Rekurs der gerin aus folgenden Gründen ab: Zwar ergeben die Akten Landes-Versicherungsanstalt Ostpreussen betreffend die gerin, dass deren Anspruch auf Gewährung der Invalidente, welchen sie am 4. Juli 1900 erhoben hat, anerkannt rden ist. Doch ist dieses Anerkenntniss, abgegeben in der nahme, dass bei der Klägerin bereits seit dem Juli 1899 ngenschwindsucht, wenn sie vorhanden ist, eine Folge des falls der Klägerin vom 28. Juli 1899 sei, ist in keiner eise dargethan. Vielmehr ergiebt das durchaus bedenkenie Gutachten der Doktoren S. und H. in K. vom 24. Okber 1899, dass etwa in der Brust der Klägerin bestehende schwerden Folgen eines alten Leidens, aber nicht des Unlls vom 28. Juli 1899 sind. Auch sonst sind nach dem utachten objektive Anzeichen dafür, dass anderweitige Unllfolgen noch vorhanden seien, nicht aufzufinden gewesen; uf die Angaben der Klägerin über Schmerzen in Brust und reuz und Schwäche im linken Arme aber kann irgend elches Gewicht nicht gelegt werden, da sie der Simulation berführt ist. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb kein edenken getragen, mit dem Gutachten der Doktoren S. und [. anzunehmen, dass Unfallfolgen, welche die Erwerbsfähigeit der Klägerin beeinträchtigen, bei dieser bereits am 4. Oktober 1899 nicht mehr vorhanden waren. Damit aber ällt der Anspruch der Klägerin auf Entschädiguug wegen solcher Folgen. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Versagung des Jagdscheins an eine Person, die geistig beschränkt ist.

Entsch. vom 9. Mai 1901.

Der ca. 25 Jahre alte Landwirth R. zu P. in Ostpreussen hatte nach Erlangung des Jagdscheins vor einiger Zeit von einem Jagdpächter die Erlaubniss erhalten, auf seinem Jagdgebiete die Jagd auszuüben. Als R. nun bemerkte, dass sich viele Tauben auf dem fraglichen Jagdgebiet aufhielten, fragte er den Jagdpächter, ob er auch auf jene Tauben schiessen dürfe; nachdem der Jagdpächter hierzu seine Zustimmung ertheilt hatte, erlegte R. zwei Tauben und nahm die erlegten Thiere mit sich. Es wurde später gegen R. die Anklage wegen Sachbeschädigung und Diebstahl erhoben; das Schöffengericht sprach jedoch den Angeklagten aus dem Grunde frei, weil dieser offenbar geistig beschränkt sei und das Bewusstsein von seiner strafbaren Handlung nicht gehabt habe. Trotz der rechtskräftigen Entscheidung des Schöffengerichts entzog der Landrath dem jungen Landwirth den Jagdschein, weil zu befürchten sei, dass R. das Schiessgewehr unvorsichtig führen und die öffentliche Sicherheit gefährden werde. Die Beschwerde wurde vom Regierungspräsidenten abgewiesen, nachdem der zuständige Amtsvorsteher aus Gründen der öffentlichen Sicherheit sich für die Versagung des Jagdscheins ausgesprochen hatte. Auf die weitere Beschwerde forderte der Oberpräsident noch ein Gutachten des Kreisphysikus ein. Dieser erklärte, R. sei zwar nicht blödsinnig, aber geistig recht beschränkt, sein Gehirn sei in der Entwicklung auf der kindlichen Stufe zurückgeblieben; ausserdem sei R. auch schwerhörig. Der Oberpräsident wies darauf ebenfalls die Beschwerde des R. als unbegründet ab. Alsdann beantragte R. einen neuen Jagdschein und brachte von Professor S. zu K. ein kurzes Attest bei, in welchem bescheinigt wurde, R. leide an einem Sprachfehler und Schwerhörigkeit, geistig sei er aber normal. Gleichwohl lehnte der Landrath die Ertheilung des Jagdscheins ab und der Regierungspräsident wies die Beschwerde zurück, nachdem der Kreisphysikus seinen Standpunkt nochmals eingehend dargelegt hatte. Als auch der Oberpräsident dem Beschwerdeführer einen ungünstigen Bescheid ertheilte, strengte er gegen den Oberpräsidenten Klage beim Oberverwaltungsgericht an und berief sich auf das Gutachten des Professors S., welcher ihn für geistig normal erklärt hätte. Das Oberverwaltungsgericht wies jedoch die Klage ab und nahm in Hinblick auf das Gutachten des Kreisphysikus als erwiesen an, dass der Kläger an Schwerhörigkeit und einem Sprachfehler leide und sich in einem geistigen Zustande befinde, welcher die Annahme als gerechtfertigt erscheinen lasse, dass R. bei der Führung des Schiessgewehrs nicht die erforderliche Vorsicht beobachten werde; das Gutachten des Professor S. erscheine nicht geeignet, eine andere Entscheidung herbeizuführen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hoffmann, August. Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der funktionellen Kreislaufstörungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1901. 367 Seiten mit 19 Textabbildungen.

Die neueren physiologischen Forschungen über die Thätigkeit des Herzens (Engelmann, Gaskell u. A.) haben in jüngster Zeit den „funktionellen“ Störungen der Herzthätigkeit ein besonderes Interesse verschafft. Aber auch vom praktischen Standpunkt aus ist dieses Gebiet wichtig und in weiteren ärztlichen Kreisen noch nicht genügend bekannt. Eine zusammenfassende Darstellung, wie sie Hoffmann in dem vorliegenden Werke bietet, wird daher vielen Aerzten willkommen sein.

Der erste allgemeine Theil des Buches enthält ausser einer kurzen historischen Einleitung anatomische und physiologische Vorbemerkungen, ferner eine Darstellung der Untersuchungsmethoden, der Symptome, Prognose und allgemeinen Therapie der funktionellen Herzstörungen. Der zweite spezielle Thei behandelt unter Anderem die Herzstörungen bei Vergiftungen, bei fieberhaften und Konstitutionskrankheiten, bei organischen Erkrankungen des Nervensystems, besonders ausführlich die Störungen der Herzthätigkeit bei funktionellen Neurosen. Ein besonderer Abschnitt ist hier den durch Unfälle hervorgerufenen Störungen der Herzthätigkeit gewidmet. Weiterhin werden die reflektorischen Störungen der Herzthätigkeit, ferner diejenigen bei Erkrankungen der Leber, der Nieren und der Lungen besprochen. Als besonders abgegrenzte Symptomenkomplexe finden sich die Adams-Stokes'sche Krankheit, die paroxysmale Tachycardie und die Basedowsche Krankheit aufgeführt. Ein Kapitel über Gefässneurosen bildet den Schluss des Buches. Jedem Abschnitt ist ein Literaturverzeichniss angefügt. Die übersichtliche und klare Darstellung, bei der sich Verfasser vielfach auf eigene Erfahrungen stützt, kann insbesondere den praktischen Aerzten empfohlen werden, zumal sie in den einzelnen Kapiteln die Therapie ausführlich berücksichtigt. R. Stern-Breslau.

A. Eulenburg. Der Marquis de Sade. Dresden 1901. H. R. Dohrn, 29 Seiten.

Bei dem Interesse, das in neuerer Zeit dem Sadismus und der seltsamen Persönlichkeit, nach welcher diese Anomalie benannt ist, zugewandt wird, ist sicher Vielen die Studie Eulenburgs über die Persönlichkeit und die Werke des Marquis de Sade willkommen. Dieselbe stellt ursprünglich einen im Psychologischen Verein in Berlin gehaltenen Vortrag dar. Eulenburg erklärt den Marquis de Sade für einen sicher minderwerthig Veranlagten und in seinem Triebleben perversen Menschen, für den allerdings die Frage, ob er im rechtlichen Sinne geisteskrank gewesen ist, Meinungsverschiedenheiten unterliegen kann.

M. Fürst-Hamburg. Ueber den Tod durch giftige Gase. Vogel & Kreienbrink, Berlin-Südende u. Leipzig. 1901. 50 S.

Es hat immer etwas Missliches, wenn Abhandlungen in Buchform in Bezug auf die Genauigkeit der Darstellung die Mitte zwischen einer jede Einzelheit berücksichtigenden Monographie und einem nur das Wesentlichste mittheilenden Lehrbuch innehalten. Wer sich nur in grossen Zügen über den Gegenstand unterrichten will, begnügt sich im Allgemeinen damit, das Kapitel in einem grösseren Werke nachzusehen, und wer bestimmte Einzelheiten sucht, braucht grössere Ausführlichkeit. So fehlt für das Erscheinen des Fürst'schen Werkchens, das neben der am Ausführlichsten behandelten Kohlenoxydvergiftung noch den Tod durch Kohlensäure, Schwefelwasserstoff, Stickoxydul, Arsenwasserstoff, Phosphorwasserstoff, Blausäure, Chlor, schweflige und salpetrige Säure umfasst, die rechte Veranlassung. Wir wollen dem Autor wünschen, dass trotz dieser Bedenken das Büchlein, dem sich übersichtliche Verarbeitung des reichen Stoffes nachrühmen lässt, bei Gerichts- und Fabrikärzten Beachtung findet.

Tagesgeschichte.

Die Ausbildung der Aerzte in der Geburtshilfe.

Der unsere heutige Nummer eröffnende Originalartikel lenkt die Aufmerksamkeit der Leser wieder einmal auf ein Gebiet, aus dem immer wieder peinliche Einzelfälle eine oft sehr traurige Bekanntheit erlangen: auf die dem Arzte bei der Ausübung der Geburtshilfe zustossenden Unglücksfälle.

Es ist ja nicht zu verkennen, dass die Geburtshilfe schon an und für sich mehr als andere ärztliche Disziplinen eine unaufhörliche geistige Anspannung und eine absolute Gewissenhaftigkeit verlangt. Niemand — darin wissen wir uns mit dem Verfasser des oben erwähnten Aufsatzes durchaus einig — wird den Arzt rechtfertigen wollen, der an die ernsten Aufgaben der Geburtshilfe gedankenlos oder nachlässig herantritt.

Aber wir haben doch den Eindruck, dass die Versehen auf diesem Gebiete zu häufig sind, um allein auf persönliche schuldbare Unzulänglichkeit zurückgeführt werden zu können. Es muss noch ein zweiter Umstand mitwirken, und dieser ist zweifellos in der ungenügenden Ausbildung der Studirenden auf der Universität zu suchen.

Bei der neuen Ordnung des ärztlichen Bildungsganges hat die Geburtshilfe keine besondere Berücksichtigung erfahren. Dennoch wäre es nothwendig, dass einmal die massgeblichen Persönlichkeiten sich über den zum Zwecke einer besseren Ausbildung der Aerzte in diesem für den Könner erfolgreichsten aller medizinischen Fächer einzuschlagenden Weg aussprächen. Wir sind der unmassgeblichen Meinung, dass mit der von L. Landau schon früher dringend empfohlenen Trennung des geburtshilflichen vom gynäkologischen Unterricht bereits viel gewonnen wäre. Leidet doch unter der Verquickung beider Fächer auch die Gynäkologie, von der jeder Arzt wenigstens soviel wissen müsste, drei um Dinge zu verstehen: die Erkennung der Gonorrhoe, die Stillung von Blutungen, die Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit.

Solange jene Trennung noch nicht durchgeführt ist, erscheint eine Vermehrung der offiziellen Lerngelegenheiten zum mindesten dringend geboten.

Die Stellung und Beschäftigung der Kreisassistenzärzte.

In dem sehr dankenswerthen Bestreben, das Institut der Kreisassistenzärzte zu einer für unser ganzes Gesundheitswesen segensreichen Einrichtung zu gestalten, hat der Medizinalminister einen Erlass veröffentlicht, in dem es heisst: Ich beabsichtige, als Kreisassistenzärzte nur solche Aerzte zu bestellen, welche nach ihrer Persönlichkeit, ihren Kenntnissen und Leistungen eine Gewähr dafür bieten, dereinst tüchtige Kreisärzte zu werden. Bei den Vorschlägen zur Bestellung von Kreisassistenzärzten, aus welchen die künftigen Medizinalbeamten der Mehrzahl nach hervorgehen werden, ist daher sorgfältig zu verfahren, damit dieser so wichtigen Beamtenkategorie nur besonders geeignete Elemente zugeführt werden.

Was die Beschäftigung der Kreisassistenzärzte betrifft, so muss dieselbe so eingerichtet werden, dass sie die Kreisassistenzärzte in alle Zweige der kreisärztlichen Thätigkeit einführt. Ich erwarte hiernach, dass die Kreisärzte die ihnen unterstellten Assistenzärzte mit der Organisation und den Aufgaben der Medizinalverwaltung vertraut machen, in die gesammte Geschäftsführung einführen, zur Besichtigung von Gewerbebetrieben, Schulen, Krankenanstalten, Kirchhöfen, zur Musterung von Apotheken, Prüfung der Lehrlinge, Besichtigung von Drogenhandlungen u. s. w., soweit dies nach den Verhältnissen angängig und zweckdienlich erscheint, heranziehen und namentlich auch bei der Ermittelung und Bekämpfung gemeingefährlicher und sonst übertragbarer Krankheiten betheiligen.

Ich lege Werth darauf, dass die Kreisassistenzärzte mit den Obliegenheiten als zweite gerichtsärztliche Sachverständige in ihrem Kreise betraut werden, möglichst einen Impfbezirk erhalten, in Hafenstädten zur gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Schiffe und zum Dienste als Quarantänearzt herangezogen und womöglich auch bei der Ueberwachung der Prostitution betheiligt werden.

Werden erfahreneren Kreisassistenzärzten ausnahmsweise kreisärztliche Geschäfte zur selbständigen Erledigung übertragen, so ist ihnen vorher die strenge Beachtung der „Dienstanweisung für Kreisärzte" zur Pflicht zu machen. Bevor eine derartige Uebertragung stattfindet, ist der Kreisarzt zu hören. Derselbe hat den Kreisassistenzarzt über die Art, in welcher die Geschäfte am zweckmässigsten zu erledigen sind, noch besonders zu unterrichten und deren sachgemässe Erledigung seinerseits zu überwachen.

Die Bestimmungen über die Beurlaubung von Kreisärzten (§ 30 der Dienstanweisung) finden auf die Kreisassistenzärzte mit der Massgabe Anwendung, dass sie vor Nachsuchung ihres Urlaubes sich der Zustimmung des ihnen vorgesetzten Kreisarztes zu versichern haben. Dienstliche Gesuche an die vorgesetzten Dienstbehörden haben die Kreisassistenzärzte durch die Hand des Kreisarztes weiter zu geben.

Zu den Sitzungen der Gesundheitskommissionen (§ 17 der Dienstanweisung) und zu etwaigen gemeinschaftlichen Berathungen der Kreisärzte (§ 44 daselbst) sind die Kreisassistenzärzte nach Möglichkeit hinzuzuziehen.

Die jährlich bis zum 1. Februar zu erstattenden Berichte der Kreisärzte (vergl. § 33 Abs. 3 der Dienstanweisung) haben sich über die Art der Beschäftigung der Kreisassistenzärzte, die Art, wie sie ihre Geschäfte erledigen, sowie über ihre zweckmässige künftige Verwendung zu äussern.

Welches Mindestmass von Betheiligung gebührt den Aerzten bei der Leitung und dem Betriebe der Krankenanstalten?

Der Medizinalminister ist endlich der Regelung der sicher vielfach im Argen liegenden Stellung der ärztlichen Krankenhausleiter nahe getreten. Fürs Erste sind nur den Regierungspräsidenten die Thesen zur Aeusserung vorgelegt, die

ssenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen aufgeellt hat.

Dieselben lauten:

1. Die einheitliche, verantwortliche Leitung einer Krankenanstalt ist einem Arzte zu übertragen.

   Bestehen in einer Krankenanstalt mehrere gesonderte Abtheilungen, so sind die dirigirenden Aerzte derselben in der Behandlung der Kranken der Abtheilungen selbstständig.
2. Der dirigirende Arzt der Anstalt (oder Abtheilung) bestimmt über Aufnahme, Vertheilung und Entlassung der Kranken, er ist der Vorgesetzte der Assistenzärzte und des Pflegepersonals.
3. In ein Seuchenhospital oder in ein Isolirgebäude für ansteckende Lrankheiten darf kein Kranker aufgenommen werden, bevor nicht die Natur seiner Krankheit festgestellt ist. Es sind deshalb in Krankenanstalten der Art besondere Beobachtungs- (Quarantäne-) Stationen einzurichten.
4. Gegen die Uebertragung von Infektionskrankheiten ist durch genaue Verhaltungsmassregeln sichere Vorkehrung zu treffen.

Bis zum 1. Oktober sollen die Berichte eingereicht sein. Wir werden später Gelegenheit nehmen, auf die Angelegenheit zurückzukommen.

Aerzte bei der Gewerbeaufsicht.

Die kürzlich auch an dieser Stelle erwähnte, in Aerztekreisen wohl einstimmig anerkannte Nothwendigkeit, den Aerzten einen ganz erheblichen Antheil an der praktischen Gewerbehygiene zu sichern, hat in Württemberg bereits das Abgeordnetenhaus beschäftigt. Abg. Rembold vom Centrum begründete einen von seiner Partei eingebrachten Antrag:

Die Regierung möge zur Ausführung der Gewerbeinspektion eine einheitliche kollegiale Behörde errichten, bei der neben den Revisionsbeamten auch Aerzte und Techniker und in gleicher Zahl Arbeitgeber und Arbeiter sowie Arbeiterinnen zugezogen werden sollen. Sehr treffend führte R. aus, dass nur durch Zusammenarbeiten des mit dem Betriebe vertrauten Inspektors mit dem die gesundheitlichen Schädigungen verstehenden Arzte die Revisionen erfolgreich sein können. Vielleicht seien die Oberamtsärzte heranzuziehen. Im Kollegium müsse ein Arzt sitzen, der sich dann von den Oberamtsärzten über die örtlichen Besonderheiten der Morbidität unterrichten lassen müsse.

Der Antrag fand Unterstützung auf verschiedenen Seiten des Hauses.

Staatliche Unfallversicherung in Belgien.

Die belgische Regierung hat einen Unfallgesetzentwurf der Kammer vorgelegt, demzufolge alle Betriebsunfälle, wen immer die Schuld an ihrem Zustandekommen treffen möge, entschädigungspflichtig sein sollen, sobald eine Erwerbsbeschränkung über die zweite Woche hinaus besteht. Nur absichtliche Verletzung schliesst die Entschädigungspflicht aus. Die Vollrente beträgt nicht wie bei uns $66^2/_3$ sondern nur 50% und zwar vom Durchschnittslohn. Die Wittwen- und Waisenrente beträgt 25%. Der Arbeitgeber, der allein die Kosten zu tragen hat, kann, um seiner Verpflichtung zu genügen, eine Versicherung bei einer sicheren Privatgesellschaft oder bei der staatlichen Spar- und Rentenkasse aufnehmen. Bei Streitfällen urtheilt ausschliesslich der Friedensrichter. Das ganze Verfahren ist erheblich einfacher gedacht als das bei uns eingeführte, doch dürfte es in der Praxis zu recht erheblichen Schwierigkeiten, besonders bei der Rentenbemessung, führen.

Zum privaten Unfallversicherungswesen.

Aus zuverlässiger Quelle erfahren wir folgendes bemerkenswerthe Vorkommniss.

Ein hiesiger Arzt, der bei einer der ersten deutschen Gesellschaften, deren Koulanz unbestritten ist, eine Unfall-Versicherung eingegangen war, erlitt eine unbedeutende Verletzung am Handgelenk und erhielt auf seinen Antrag die Anweisung auf die von dem behandelnden Kollegen abgeschätzte Entschädigungssumme, mit der Aufforderung, folgendes Quittungsformular zu unterschreiben:

„ – — — quittirt darüber ohne Vorbehalt und erklärt zugleich ausdrücklich, dass hiermit von Seiten der X-Gesellschaft allen Ansprüchen vollständig genügt worden ist, welche er an dieselbe aus dem angeführten Versicherungsdokument wegen der oben bezeichneten Verletzung zu erheben irgendwie berechtigt war."

Der betreffende Kollege erwiderte hierauf:

„Das beifolgende Quittungsformular sende ich ohne meine Unterschrift zurück. Der Schlusspassus, den ich schon bei meinem vorjährigen Unfall beanstandet habe, kann dem Versicherten unter Umständen zu grösstem Schaden gereichen, denn es giebt Fälle genug, in denen erst spät, nach Heilung der Unfall-Verletzung selbst, Schädigungen der Gesundheit eintreten, für welche die Versicherungsgesellschaft noch ersatzpflichtig ist. Ich bitte um gefällige Zusendung des anderen Quittungsformulares."

Umgehend erfolgte die Auszahlung der betr. Summe gegen einfache Quittung. — — —

Wir glauben, unsere Leser auf diesen wiederholten Versuch einer Versicherungsgesellschaft aufmerksam machen zu sollen, sich zum Schaden des Verletzten eventuellen späteren Schadenersatzverpflichtungen zu entziehen. Im eigenen Interesse und dem ihrer Klienten sollen die Aerzte darauf achten, dass dieser nicht gerade loyale Versuch den Gesellschaften nie gelingt. Wir glauben auch, dass wirklich vornehme Institute, darauf hingewiesen, ein derartiges, ihrer unwürdiges Formular überhaupt abschaffen werden.

Centralstelle zur Prüfung neuer Heilmittel.

Ein recht bedenklicher Punkt in unserem Arzneimittelwesen war und ist auch gegenwärtig noch die Thatsache, dass neu erfundene Heilmittel ohne jede Beschränkung auf den Markt gebracht werden können. Erst lange nachdem das Publikum sich gewöhnt hat, irgend ein gefährliches Präparat beim Drogenhändler oder doch im Handverkauf der Apotheken zu bekommen, pflegt die Verordnung zu erscheinen, wodurch das betr. Mittel dem freien Verkehr entzogen wird. So war es bei der ganzen Reihe der modernen Fiebermittel, zuletzt noch beim Salipyrin. Kein Wunder, wenn der Händler der Verlockung nicht widerstehen kann, dem ahnungslosen Käufer das Gewünschte auch nach dem Verbot weiter zu verabfolgen. Diesem Unwesen wird gesteuert werden können, wenn eine Einrichtung ins Leben tritt, die nach Zeitungsmeldungen in Aussicht genommen ist: eine an das Kaiserliche Gesundheitsamt angeschlossene Centralstelle zur Prüfung neuer Heilmittel.

Wieweit diese Centralstelle die Mittel auch für ihren Heil-Werth prüfen soll, ist uns unbekannt. Schwerlich wird auf diesem Gebiete eine gesetzliche Beaufsichtigung möglich sein. Dagegen wird sich die neue Einrichtung auch durch Warnungen vor gefährlichen Mitteln und durch Aufdeckung vor einem, sich in das Gewand der Wissenschaft kleidenden Geheimmittelschwindel nützlich erweisen können.

Das Weingesetz.

Durch Reichsgesetz vom 24. Mai 1901, zu dem unter dem 31. Mai Ausfuhrungsbestimmungen erlassen sind, ist die längst als neuordnungsbedürftig erkannte Weinfrage nunmehr geregelt.

Den Arzt interessiren an dem neuen Gesetz hauptsächlich die Bestimmungen des § 7, durch welchen als Zusatz zum Wein ausgeschlossen werden: Lösliche Aluminiumsalze, Baryumverbindungen, Borsäure, Glycerin, Kermesbeeren, Magnesiumverbindungen, Salicylsäure, Oxalsäure, unreiner (freien Amylalkohol enthaltenden) Sprit, unreiner Stärkezucker, Strontiumverbindungen, Theerfarbstoffe. Der Bundesrath ist ermächtigt, dieses Verzeichniss noch zu erweitern.

Unter den genannten Stoffen ist eine grössere Anzahl ausgesprochen gesundheitsschädlich. Sie werden jedoch im vorliegenden Gesetz mit harmlosen Verfälschungen, wie sie der § 2 bezeichnet, etwa solchen mit Zuckerwasser und Obstwein, strafrechtlich auf eine Stufe gestellt, die in Anwendung zu bringenden Strafen sind sehr scharf. Die erste Strafe soll mit Gefängniss bis zu sechs Monaten und Geldstrafe bis zu 3000 Mark oder in einer von beiden Strafen bestehen, jede folgende, falls sie von der Verbüssung der vorhergehenden nicht mehr als drei Jahre entfernt ist, in Gefängniss bis zu einem Jahre, neben welchem auf Geldstrafe bis 15000 Mark erkannt werden kann.

So bietet das Weingesetz eine Handhabe, eine gewisse Sorte von gesundheitsgefährlichen Nahrungsmittelfälschern empfindlicher zu bestrafen als es nach dem Nahrungsmittelgesetz möglich wäre. Andrerseits lässt es die noch weitergehenden Bestimmungen, welche das Nahrungsmittelgesetz für gewisse Fälle (insbesondere nachweisliche Gesundheitsschädigung), im Einzelfalle vorsieht, unangetastet.

Zur Tollwuth-Statistik.

1899 betrug die Zahl der von tollen oder wuthverdächtigen Thieren Gebissenen nach endgiltigen Ermittlungen 303. Hiervon sind 2 = 0,66 % gestorben.

1900 wurden amtlich 230 Bissverletzungen gemeldet, die die Altersklassen von 1 bis 80 Jahren umfassen. Bei keinem Verletzten brach Tollwuth aus; trotzdem nach dem anatomischen Befunde die Krankheit bei 102 (von 162) Hunden, 2 (von 5) Katzen, nur 3 (von 3) Rindern (!) wirklich bestanden hatte, und trotzdem bei 42 Thieren die Ueberimpfung der Wuthkrankheit erfolgreich war.

Zweifellos ist nicht ohne Bedeutung für das überaus günstige Resultat die Thatsache, dass 187 = 81,3 % aller Gebissenen sich der Schutzimpfung im Institut für Infektionskrankheiten unterzogen. Immerhin stehen wir auch der bedauerlichen Thatsache gegenüber, dass 23 = 10 % der Gebissenen überhaupt keine ärztliche Behandlung aufsuchten und 7 sich weigerten, die empfohlene Schutzimpfung ausführen zu lassen.

Die Lebensdauer und Sterblichkeit der Aerzte.

Diese nicht ganz selten bearbeitete statistische Frage hat für die Aerzte Sachsens in Dr. Radestock einen neuen Bearbeiter gefunden. (Korr. Bl. f. sächs. Aerzte 1901 No. 12). Er findet, dass von 1885 bis 1900 durchschnittlich jedes Jahr auf 48 Aerzte ein Todesfall entfällt. Es starben also jährlich 2,08 Prozent. Im Ganzen starben 468 Aerzte, von ihnen hatten 245 (52 Prozent) das sechzigste, 150 (32 Prozent) das siebenzigste, 82 (17,5 Prozent) noch nicht das vierzigste Lebensjahr erreicht. Dass die deutschen Statistiken der Lebensversicherungsgesellschaften ungünstigere Zahlen aufweisen, glaubt Verf. darauf zurückführen zu sollen, dass die schwächlichen und belasteten Personen sich eher in die Versicherung einkaufen als völlig gesunde und solche aus langlebiger Familie.

Das Durchschnittsmass der Sterblichkeit der gesammten Bevölkerung übertreffen von den sächsischen Aerzten nur die Altersklassen vor dem vierzigsten Lebensjahre. Verfasser vermuthet hierin zum Theil den Ausdruck einer noch nicht genügenden erworbenen Seuchenfestigkeit, die bei älteren Aerzten schon sicherer geworden ist.

Im Ganzen hat sich die Aerztesterblichkeit in Sachsen etwas verringert.

No. 3 des Medizinalministerialblattes.

Ausser einer Reihe bereits wiedergegebener bezw. besprochener Erlasse und Gesetze enthält die vorliegende Nummer Folgendes:

Unter „Organisations-Angelegenheiten“:

3. Erlass betr. Anrechnung der Dienstzeit vor der im Disziplinarwege erfolgten Entlassung bei Wiederanstellung eines Beamten im Falle der Pensionirung, vom 24. V. 1901.

4. Erlass betr. Dienstsiegel der Kreisassistenzärzte und Portoaversionirungsstempel der Kreis- und Gerichtsärzte, vom 23. V. 1901.

Unter „Seuchenbekämpfung“.

1. Erlass betr. Massnahmen im Eisenbahnverkehr zu Pestzeiten, vom 25. V. 1901.

Die Regierungspräsidenten sollen Verzeichnisse der Stationen, auf denen Aerzte sofort erreichbar oder zur Verfügung sind, und derjenigen, bei denen geeignete Krankenhäuser zur Unterbringung Pestkranker bereit stehen, einreichen.

Unter „Fürsorge für Kranke und Gebrechliche“.

2. Erlass betr. geschäftlichen Verkehr mit dem kaiserlichen Kommissar und Militär-Inspektor der freiwilligen Krankenpflege, vom 9. V. 1901.

Unter „Nahrungsmittel“.

3. Bekanntmachung betr. Zulässigkeit der Ausbildung von Nahrungsmittelchemikern bei dem Chemischen Institut der Universität Greifswald, vom 15. V. 1901.

Unter „Apothekenwesen“.

Bekanntmachung betr. Ausdehnung der Vorschriften über die Abgabe starkwirkender Arzneimittel auf die Farnwurzel und das Farnextrakt, vom 20. V. 1901.

Auf diese wichtige Neuerung, deren Inhalt der Titel erschöpft, möchten wir besonders hinweisen.

Fragebeantwortung.

Herrn Dr. H. in O. Ueber Nephritis infolge ausgedehnter Verbrennungen 2. Grades sind uns Gerichtsentscheidungen nicht bekannt. Wichtig sind die Arbeiten von Bartels (Referat in Schmidts Jahrb. Bd. 156 S. 44), Ponfick (Berliner Klin. Woch. 1876 No. 17). E. Fränkel (Deutsche Med. Woch. 1889 No. 2) und Kahlden (Zieglers Beiträge z. p. A. 1892 Bd. XI., H. 4) sowie die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten von Rosenstein. Berlin 1883 bei A. Hirschwald.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

„Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche Postamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

II. Jahrgang 1901. | № 14. | Ausgegeben am 15. Juli.

Inhalt:

Aus dem städtischen Krankenhause am Urban in Berlin
(Abtheilung von Prof. Dr. E. Stadelmann).

Ein Fall von diffuser, tödtlich endender Peritonitis nach Unterleibskontusion ohne makroskopisch sichtbare Organverletzung.

Von
Dr. **Wedekind**
Assistenz-Arzt.

Am 27. März wurde auf die II. innere Abtheilung des städtischen Krankenhauses Am Urban ein 43jähriger Patient aufgenommen, der einen schwerkranken Eindruck machte und sofort den Verdacht einer Peritonitis erweckte. Das Sensorium war frei, und so machte Patient noch sehr genaue Angaben über die Vorgeschichte seiner Erkrankung. Er war früher stets gesund gewesen, bis auf „ein paar Tage Fieber“ vor vielen Jahren. Am 15. Februar 1901 erhielt Pat. einen Schlag gegen die linke Bauchseite durch eine Wagendeichsel, wonach Luftmangel bei ihm eintrat; er arbeitete jedoch noch bis zum 20. März 1901 und ging erst dann zum Arzt, der ihn mit Brustumschlägen behandelte. Es trat jedoch keine Besserung ein, sondern die Beschwerden mehrten sich im Gegentheil und bei der Aufnahme bestanden Klagen über Schmerzen im Kreuz, in der linken Seite, Mattigkeit, Erbrechen, angeblich Durchfall.

Patient war von Mittelgrösse; Muskulatur etwas schlaff, Haut und Schleimhäute leicht icterisch gefärbt. Zunge stark belegt. Keine Oedeme, Exantheme oder Drüsenschwellungen. Der Thorax war gut gewölbt, ohne Deformitäten. Hintere untere Lungengrenze beiderseits normal, jedoch besteht in beiden Pleurahöhlen ein Erguss, links stärker als rechts. Rechts vorn unten beginnt gedämpfter Schall schon in der Höhe der 4. Rippe (Mamillarlinie), sonst vorn beiderseits voller Schall und ziemlich scharfes Vesiculärathmen. Die Respiration sehr oberflächlich und beschleunigt, 40—45 pro Minute. Schmerzen bei der Respiration wurden in den unteren Lungenpartien angegeben.

Herz-Grenzen: rechten Sternalrand leicht überschreitend, oberer Rand der 3. Rippe und Mamillarlinie; Spitzenstoss im 4. Intercostalraum sehr undeutlich. Herzaktion erheblich beschleunigt (132 pro Minute). Systolisches Geräusch an der Spitze. Pulmonalton scheint etwas verstärkt zu sein. An der Aorta und Pulmonalis zur Zeit mit Sicherheit kein Geräusch zu hören. Puls erheblich unregelmässig nach 3—5 Schlägen einmal aussetzend, beiderseits gleich. Pulswelle an Grösse wechselnd.

Abdomen prall gespannt; leicht aufgetrieben Leber nicht palpabel, Druck in der Gallenblasengegend schmerzhaft. Milzdämpfung vergrössert, Milz jedoch bei der Straffheit der Bauchdecken nicht palpabel.

Reflexe normal.

Hände und Handgelenke fleckig geröthet; ähnliche Flecken am oberen Theil der Brust.

Patient bricht mehrmals grünlich-gelbe flüssige Massen.

Eine Pleurapunktion rechts wie links hinten unten ergiebt ein blutig-eitriges Exsudat.

Am Tage nach der Aufnahme wurde Patient völlig benommen und Nachmittags trat der exitus ein.

Die Diagnose einer infektiösen Pleuritis war gestellt und das Bestehen einer Peritonitis wahrscheinlich.

Die am folgenden Tage von Herrn Prof. Benda ausgeführte Obduktion zeigte die Richtigkeit der Diagnose, ergab jedoch keine andere Entstehungsursache des Leidens, sondern liess uns den Verdacht, dass das tödtliche Leiden auf traumatischer Grundlage beruhe, zur Gewissheit werden, und dies ist der Grund, weshalb ich auf diesen Fall etwas näher eingehen möchte.

Nachstehend theile ich zunächst das Sektions-Protokoll in den Hauptzügen mit:

Kräftig gebaute, mässig fettreiche männliche Leiche mit etwas gelblich-brauner Hautfarbe, in der Bauchhaut eine Anzahl blassrother Flecke, die nicht zu verstreichen sind. Beim Eröffnen der Bauchhöhle finden sich leichte Verklebungen zwischen vorderer Bauchwand und Netz. Letzteres ist mit gelben Fibrinauflagerungen bedeckt und vielfach von Fibrin durchtränkt. Es zeigt mässigen Fettreichthum und eine diffuse stellenweise 1 cm erreichende Verdickung, in der kleinste durchschimmernde Körnchen erkennbar sind. Nach Abhebung des Netzes finden sich die Darmschlingen mit injicirter diffusgerötheter Serosa vielfach durch gelbe Fibrinhäute mit einander verklebt. In den abhängigen Theilen, besonders im kleinen Becken und beiderseits neben dem Colon befinden sich Eiteransammlungen, die nirgends erhebliche Ausdehnung erreichen, im ganzen höchstens 250 cm^3. Der Eiter hat eine rahmige Beschaffenheit, lebhaft gelbe Farbe.

Die Umgebung des proc. vermiformis, die Oberfläche des Magens sind ohne Verwachsungen und ohne Kontinuitätstrennungen; die übrigen Abschnitte des Bauchfells lassen keine Körnchen erkennen.

Stand des Zwerchfells links 5., rechts 4. Rippe.

Beide Pleurahöhlen enthalten dickflüssigen, röthlich-gelben Eiter, beiderseits etwa je 300 cm^3.

Der Herzbeutel enthält etwa 50 cm^3 einer ähnlichen, nur etwas dünneren Flüssigkeit. Alle Oberflächen der Pleura und des Herzbeutels sind mit eiterhaltigen Fibrinauflagerungen bedeckt.

Herz etwa so gross wie die Faust. Linker Ventrikel stark kontrahirt, der rechte schlaff. Herzoberfläche zeigt einige Sehnenflecke, sonst unter den Fibrinauflagerungen und innerhalb derselben zahlreiche feinste graue durchschimmernde Körnchen, die nicht deutlich prominiren. Keine Ulcerationen, keine Verwachsungen.

Lungen. Die Oberfläche des linken Unterlappens zeigt etwas dickere Fibrinauflagerungen ohne Knötchen. Schnittfläche dunkelroth, von vermindertem Luftgehalt. Die Bronchien enthalten Eiterpfröpfe, die grossen Bronchien zeigen geröthete und verdickte Schleimhaut, eitrig-schleimigen Belag. Rechte Lunge etwas stärker collabirt als die linke, sonst von gleicher Beschaffenheit.

Milz vergrössert 16,5 : 10 : 4, Oberfläche mit Eitermembranen bedeckt. Konsistenz ziemlich schlaff mit einigen derberen Einsprengungen. Schnittfläche zeigt dunkelrothe Pulpa mit etwas vergrösserten Follikeln, stellenweise keilförmige, dunkler geröthete, derbere Abschnitte von ziemlich scharfer Abgrenzung.

Urogenitalapparat ohne Veränderungen.

Magen- und Darmschleimhaut glatt, ohne Kontinuitätstrennungen. Der Dickdarm enthält neben gelblichem Koth, wie er sich auch im Dünndarm findet, reichlich Schleim. Geschwüre sind nicht vorhanden. Sonstige Abdominalorgane normal. Die Wirbelsäule zeigt an den untersten Brustwirbelkörpern einige Verkrümmungen mit Verwachsungen des Bindegewebes mit dem Periost, aber k[illegible] Kontinuitätstrennungen und keinen Eiter.

Auch an den Rippen sind keine Blutungen oder Kontinuitäts-trennungen wahrnehmbar.

Die Lymphdrüsen des vorderen Mediastinums sind vergrössert und anthracotisch.

Eine davon ist erweicht, enthält einen kleinen Eiterherd. [illegible] eine hintere Mediastinaldrüse ist anthracotisch und erweicht. [illegible] erkennbaren Zusammenhang mit den serösen Höhlen.

Somit hat die Sektion keinen direkten Anhalt für [illegible] Entstehung der allgemeinen septischen Peritonitis geb[illegible] trotz sorgsamsten Forschens hat sich keine Kontinuitätstrennung resp. Narbe im Darm finden lassen als Residuum ein[illegible] durch das Trauma gesetzten Wunde, durch die die Infektion der Bauchhöhle hätte stattfinden können; denn in dieser hab[illegible] wir mit Sicherheit den Ursprungsort der allgemeinen Infektion auch der Brust- und Herzbeutelhöhle zu suchen. Darau[illegible] weisen die wesentlich weiter vorgeschrittenen Veränderungen in der Bauchhöhle hin, als da sind Verdickungen des Netzes, Verklebungen und Stränge, sowie auch das subjektive Verhalten des Kranken, der zuerst Beschwerden im Unter[illegible] hatte und erst später über zunehmende Beschwerden [illegible] Seiten der Lungen klagte.

Dadurch schliesst sich eine Infektion der Brusthöhle [illegible] Seiten der erweichten Mediastinal-Drüsen und dann folge[illegible] der Bauchhöhle aus, ganz abgesehen davon, dass trotz ge-nauesten Forschens irgend ein Zusammenhang der ersteren [illegible] der Bauchhöhle nicht nachgewiesen werden konnte.

Die bei der Sektion wiederholt gefundenen Knötchen [illegible] B. auf dem Netze machten nicht durchaus den Eindruck tuberkulöser.

Leider sind dieselben nicht mikroskopisch unters[illegible] Gegen ihre tuberkulöse Natur würde auch der Um[illegible] sprechen, dass sonst nichts von Tuberkulose der Lunge [illegible] des Darms zu finden war.

Da nun vollends auch der proc. vermiformis völlig [illegible] lag, so ist für eine andere Annahme der Aetiologie als [illegible] einer traumatischen jeglicher Boden entzogen. Wir haben [illegible] mit einen jener seltenen Fälle vor uns, in denen nach einer schweren Unterleibskontusion eine diffuse tödtlich endende Peritonitis auftritt, ohne dass es bei der Sektion trotz genauester makroskopischer Untersuchung gelingt, den Ausgangspunkt der Infektion festzustellen.

Wir müssen uns dann vorstellen, dass durch die stumpfe Gewalt, die in diesem Falle einwirkte, eine Zerrung, Dehnung oder sonstige Schädigung der Darmwand an irgend einer Stelle eintrat, die, ohne makroskopische Veränderungen [illegible] hinterlassen, doch genügend bedeutend war, um den Darmbakterien einen Durchtritt in die freie Bauchhöhle zu gestatten. Nach Infektion der letzteren kam es dann, wie häufig, durch die Lymphspalten des Zwerchfells auch ferner [illegible] einer solchen der Pleura- und Perikardialhöhle. Selbst [illegible] den Fall, dass die gefundenen Knötchen tuberkulöser Natur seien, ändert dies nichts an der Entstehung der eitrigen Peritonitis, da einerseits, wie bekannt, auch tuberkulöse Peritonitiden auf traumatischer Grundlage entstehen können, wir also in diesem Falle eine doppelte Schädigung hätten, andererseits aber durch diese Knötchen, die nirgends verkäst oder vereitert waren, nicht die Infektion zu Stande gekommen sein kann; es muss somit, wie schon oben ausgeführt, die tuberkulöse Natur dieser Peritonitis zum mindesten als sehr unwahrscheinlich bezeichnet werden.

So häufig wir nun allgemeine Peritonitiden infektiöser Natur zu beobachten Gelegenheit haben, die durch Zerreissung der Organe des Verdauungsapparates, sei es durch direkte

/alt oder durch nekrotische Prozesse zu Stande kommen, selten sind im allgemeinen jene allgemeinen Peritonitiden ımatischer Natur, welche eine makroskopisch sichtbare ädigung der Darmwandung nicht erkennen lassen.

Im allgemeinen wird in diesem Falle wohl nur durch . mechanischen Reiz eine circumskripte Entzündung der :mserosa resp. des Peritoneums hervorgerufen werden, die, ost wenn auch Bakterien die geschädigte Darmwandung ·chwandern sollten, nicht zu einer Allgemeininfektion, ıdern nur zu einer lokalen Peritonitis mit Ausgang in Ver·bung und Verwachsung führen wird.

Unzweifelhaft muss man jedoch anerkennen, dass es in ızelnen seltenen Fällen nicht bei diesem harmloseren Verıfe bleibt, sondern dass es nach einem das Abdomen be·ffenden eventuell nicht einmal besonders heftigen Trauma einer septischen Allgemeininfektion kommen kann.

Als Beispiel für diese für die Unfallpraxis höchst wich;e Thatsache halte ich den oben mitgetheilten Fall für sehr ·eignet, da für ihn die Entstehung der eitrigen Peritonitis auf ıderer als traumatischer Ursache trotz Fehlens makroskopisch chtbarer Schädigung der Abdominalorgane völlig ausge:hlossen erscheint.

Aehnliche Fälle finden wir in der Literatur sehr spärch verzeichnet. Aus der neuesten Literatur weise ich auf inen Fall hin, den Stern in seinem Buche „Ueber traumasche Entstehung innerer Krankheiten“ mittheilt. Hierbei ıandelte es sich um einen Knecht, der zwischen zwei Wagen ;equetscht wurde und am dritten Tage nach dem Unfall starb.)ie Obduktion ergab eine serofibrinöse Peritonitis, Beckenoruch, nirgends eine Läsion oder ein Geschwür des Darms. Wurmfortsatz normal; also auch eine Allgemeininfektion der Bauchhöhle ohne makroskopisch nachweisbare Eingangspforte für die Entzündungserreger.

Instruktiver und beweisender ist wohl noch der vorliegende Fall, bei welchem von irgend einer Verletzung des Knochenapparates keine Rede war, und nur das auf die Weichtheile wirkende Trauma ohne zu irgend welchen Zerreissungen oder sichtbaren Läsionen derselben zu führen, die Ursache für die tödtliche eitrige Peritonitis gewesen ist.

Ein Fall von Kali chloricum-Vergiftung mit tödtlichem Ausgang.

Mitgetheilt von
Gerichtsarzt Dr. **Schwabe**-Hannover.

Es gab eine Zeit, in der das Kali chloricum nicht nur als das Heilmittel par excellence für alle verdächtigen und unverdächtigen Formen von Anginen galt, sondern auch als ein ganz harmloses Medikament, welches man ohne jede Vorsichtsmassregel dem Patienten als sogen. Hausmittel in die Hand geben zu können wähnte. Obwohl bereits vor präter propter 35 Jahren eine tödtliche Vergiftung mit Kali chloricum in Folge von Verwechselung mit Bittersalz (Magnes. sulf.) die Aufmerksamkeit der Pharmakologen auf sich lenkte, und letztere experimentell feststellten, dass Kal. chlor. durchaus kein harmloses Mittel, sondern in der individuell geeigneten Dosis ein schweres Blutgift darstellt, ist noch manches Jahr zur Rüste gegangen, bevor sich auch ein grosser Theil der praktizirenden Aerzte dazu entschloss, das nicht nur ihnen, sondern namentlich auch ihrer Klientel als Hausmittel lieb gewordene Mittel, mehr und mehr durch mindestens ebenso wirksame und gleichzeitig ungefährlichere Mittel wie beispielsweise die essigsaure oder weinessigsaure Thonerde zu ersetzen. Leider wurden die vor der Anwendung des Kal. chlor. warnenden Stimmen allmählich wieder übertönt durch die solcher Aerzte, welche die Furcht vor den Nebenwirkungen des Kali chlor. für übertrieben erklärten. Man kann freilich nicht in Abrede stellen, dass nach dem Bekanntwerden der ersten Mittheilungen über Kali chlor.-Vergiftungen zahlreiche Bestätigungen aus der Praxis der verschiedensten Aerzte einliefen, die vielfach die Kritik nicht aushielten. So verblasste denn das Menetekel immer mehr, und an Stelle der Warnungen traten begeisterte Lobpreisungen des Kal. chloric. namentlich auch als intern angewendetes Mittel. Alle diese Empfehlungen hier zum Beweise meiner Behauptung anzuführen, würde den Rahmen dieses Aufsatzes überschreiten; eine kleine Blütenlese kann ich mir aber doch nicht versagen: Dr. Virginis-Ancona behauptete, durch Kal. chlor.-Mixturen hätte er prompt verhindert, dass eine Angina je in die diphtherische Form übergegangen sei“;[1]) selbst für Säuglinge empfahl er stündlich einen Theelöffel einer 2prozentigen Kali chlor.-Lösung; Schwarz[2]) trat bei der Diphtheriebehandlung ausser für örtliche Einblasungen von Natr. sozojodol. für interne Verordnung von 1 bis 1,5proz. Kal. chlor-Lösung 1stündlich 1 Essl. ein; Habs theilte mit, dass im Magdeburger Krankenhause vom 1. Januar 1886 bis 31. Dezember 1891 intern eine Mischung von Liq. ferr. sesquichl. 2,0 und Kal. chlor. 40, Aq. destl. 200,0, Glycerin 50,0 2stündl. 1 Thee- bis Esslöffel dargereicht werde; Harkin[3]) singt dem Kal. clor. als internes Medikament zur Steigerung der Milchsekretion ein begeistertes Loblied; Unna[4]), welcher gefunden hatte, dass Sol. kal. chlor. erst in der Konzentration von 1 : 8 die Spaltpilzentwickelung energisch beeinflusse, empfahl das Kal. chlor. rein als Substanz oder in 50prozentiger Paste als Zahnpulver bei allen mit Spaltpilzentwickelung einhergehenden Mundkrankheiten; Schuckelt[5]) liess Kal. chlor.-Lösung 2—3stdl. mehrere Minuten lang inhaliren; Feige[6]) verordnete neben Aufpinselungen von unverdünntem Liquor ferr. sesquichl. — „die Tortur kommt bei dem eminenten Nutzen nicht in Betracht“!? — mehrere Tage innerlich 3—4prozent. Kal. chlor.-Lösung; Seidler[7]) liess alternirend Myrrhen- und Kal. chlor.-Mixtur einnehmen; König[8]), rühmt bei Behandlung der Diphtherie neben Schwitzprozeduren 1—2prozent. Kal. chlor.-Lösung zum Desinfiziren von Nasen- und Rachenhöhle und Inhaliren; Schwarz[9]) giebt 1stündl. 1 Esslöffel einer 1—1,5prozent. Kal. chlor.-Lösung; Frantzius[10]) spritzt ½—1stündl. Nasen- und Rachenhöhle mit Kal. chlor. 5,0 : 50,0 aus; Levy[11]) behandelt sogar die Aphthen der Säuglinge mit 2stündl. Darreichung eines Theelöffels 1prozent. Kal. chlor.-Lösung; Künne[12]) wandte sich mit aller Entschiedenheit gegen diejenigen, welche das Kal. chlor. seiner bedenklichen Einwirkung auf den Chemismus des Blutes wegen aus dem therapeutischen Arzneischatz am liebsten gestrichen wissen wollten und erklärte, er habe Kal. chlor. 20 Jahre intern bei über 1000 Fällen als ein sehr wirksames und ungefährliches Mittel schätzen gelernt und empfehle dasselbe angelegentlichst weiter intern je nach der Schwere des Falles innerhalb 24 Stunden zum Gebrauch in einer 2- bezw. 4prozent. Lösung sowohl bei Erwachsenen wie Kindern. Die Tagesgabe von 8 gr. gebe er

---

1) Revista veneta di scienze med. 1891, No. 4.
2) Intern. Klin. Rundschau 1892 No. 21.
3) Bull. gén. de thérap. 1893.
4) Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XVII, No. 9.
5) Der ärztl. Praktiker. 1894, No. 12.
6) Therapeut. Monatshefte. 1894, No. 7.
7) Wiener Mediz. Presse. 1894, No. 33.
8) Internat. Klin. Rundschau. 1894, No. 45.
9) Wiener Kl. Wochenschrift. 1895, Nr. 43.
10) Die Praxis. 1896, No. 3.
11) Wiener Mediz. Blätter. 1897, No. 5.
12) Berliner Klinische Wochenschrift. 1897, No. 46.

auch kleinen Kindern 4, ja nicht selten 6 Tage hindurch. — Doch genug der Empfehlungen des Kali chloricums, welche seit dem unaufhaltbaren Siegeszug des Diphtherieheilserums in den letzten vier Jahren etwa doch merklich in den Hintergrund getreten sind. Leider nicht in dem gleichen Masse auch bei dem grossen Publikum, das ja bekanntlich mit grosser Zähigkeit an einmal beliebt gewordenen Heilmitteln festhält — man denke beispielsweise an das Karbol — zumal wenn ihre Anschaffung im Handverkauf keinen Schwierigkeiten begegnet. Diese leichte Zugänglichkeit des Kali chloricums sowohl in den Apotheken als auch in den Drogenhandlungen birgt aber gerade eine erhebliche Gefahr für Gesundheit und Leben in sich, der gegenüber auch so begeisterte Anhänger der internen Kali chloricum-Darreichung wie Künne (l. c.) nicht die Augen verschliessen, vielmehr fordern, dass das Kali chloricum nur auf genaue, ärztliche Verordnung in Apotheken zu verabreichen, als arzneilicher Handverkaufsartikel in Apotheken wie in Drogenhandlungen gänzlich zu verbieten sei. In dem Heffterschen Bericht über toxikologische Arbeiten aus den Jahren 1897 bis 1900 sind 12 letale Kali chloricum-Vergiftungen mitgetheilt, bei denen die Dosis zwischen 1 Theelöffel und 125 g innerhalb 36 Stunden betrug. Die Ursache der Vergiftung war meist Fahrlässigkeit. Man mag nun über den Werth der internen Kali chloricum-Therapie noch so abweichender Meinung sein, auf dem Boden des erwähnten nothwendigen Verbotes des Kali chloricum-Handverkaufes finden sich Anhänger und Gegner des Kali chlor. einmüthig zusammen. Vor allen Dingen sind es seit Jahren die Medizinalbeamten gewesen, die in Wort und Schrift, bei Gelegenheit der Drogenhandlungen-Revisionen immer wieder die Nothwendigkeit betont haben, das Kali chloricum nicht in dem bescheidenen Eckchen der Abtheilung III des Gifte-Verzeichnisses der R. G. O. vom 21. Juni 1869 bezw. M.-Pol.-V. vom 24. August 1895 beinahe der Vergessenheit als Gift anheimfallen zu lassen, sondern seine durchaus differente Wirkungsweise dadurch urbi et orbi zu proklamiren, dass man erstens ihm den gebührenden Platz in dem Verzeichniss des § 12 der Vorschriften betreffend die Abgabe stark wirkender Arzneimittel vom 4. Dezember 1891 und Ergänzungsvorschriften anweist, zweitens es in das Verzeichniss B der Kaiserl. Verordn. vom 27. Januar 1890 betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln einreiht und damit als Heilmittel den Drogenhandlungen entzieht.

So, wie die gesetzlichen Bestimmungen zur Zeit lauten, kann der Drogist Kali chloricum überhaupt führen und zu technischen Zwecken unter Erfüllung der §§ 10—15 der Ministerial-Polizeiverordnung vom 24. August 1895 betreffend den Handel mit Giften abgeben. Darf der Drogist Kali chloricum auch als Heilmittel abgeben? Das Kammergericht hat am 8. Mai 1899 ausgeführt, dass der eine Gift-Konzession besitzende Nichtapotheker gegen den § 12 der vorerwähnten Ministerial-Pol.-Verordn. verstosse, wenn er Kali chlor. zu einem Heilzwecke und nicht zu einem erlaubten gewerblichen, wissenschaftlichen oder künstlerischen Zweck abgebe; es hat ausdrücklich hervorgehoben, dass die M.-Pol.-V. vom 24. Aug. 1895 gemäss § 34, Absatz 3 der R. G. O., rechtsgiltig erlassen ist und gegen die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 nicht verstösst. In dieser Kaiserlichen Verordnung aber steht das Kali chlor. bekanntlich nicht unter den im § 2B aufgeführten Drogen und chemischen Präparaten, welche nur in Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen. Nun ist aber das Arznneimittelwesen gerade durch diese Kaiserliche Verordnung geregelt worden; es haben sich demzufolge schwere Bedenken gegen dieses Kammergerichts-Erkenntniss geltend gemacht, und de facto sind Drogisten, welche kal. chlor. als Heilmittel verkauften, theils verurtheilt teils freigesprochen worden.1) Kein Geringerer als Springfeld selbst sagt im Band V „die Handhabung der Gesundheitsgesetze“: der zweite Satz des ersten Absatzes des § 12 des sogen. Giftgesetzes, welches lautet: „Sofern der Abgebende von dem Vorhandensein dieser Voraussetzungen (d. h. Gift zu einem erlaubten gewerblichen u. s. w. Zweck) sichere Kenntniss nicht hat, darf er Gift nur gegen Erlaubnissschein abgeben.“ beweist, dass die Kautelen der Abgabe im sicherheitspolizeilichen Interesse grösser sein sollen, als wenn die Gifte zu gewerblichen Zwecken abgegeben werden. Es lässt sich aber aus dem § 12 nicht heraus lesen, dass er die Zulassung zum Handel mit arzneilichen Giften überhaupt hat beschränken sollen. Item, der Drogist ist berechtigt, gegen Erlaubnisschein Kal. chlor. auch zu Heilzwecken abzugeben. Und damit ist der kritiklosen Anwendung des Kal. chlor. ohne ärztliche Verordnung und Warnung Thür und Thor geöffnet. Freilich muss nach § 14 Abs. 2 die Umhüllung des abgegebenen Kal. chlor. zum mindesten die Aufschrift: „Vorsicht“ tragen. Allein das Publikum weiss ja garnicht, worin diese Vorsicht bestehen soll und wird um so weniger darauf achten, als eben in Laienkreisen das Kal. chlor. noch immer als harmloses Mittel gilt.

Wie regelt sich die Abgabe des Kal. chlor. in den Apotheken? Einfach so, dass nach der Gift-Ministerial-Polizei-Verordnung der Verkäufer in der Apotheke sich zu erkundigen hat, zu welchem Zweck der Käufer das Kal. chlor. verwenden will. Handelt es sich um einen gewerblichen Zweck, so wird es in fester Umhüllung mit der Aufschrift „Gift“ oder auch nur „Vorsicht“ verabfolgt, handelt es sich um einen arzeneilichen, so fallen nach § 16, welcher lautet: „Auf die Abgabe von Giften als Heilmittel in den Apotheken finden die Vorschriften der Paragraphen 11—14 nicht Anwendung.“ die für den Drogisten verbindlichen Kautelen fort, und der Käufer erhält sein Kal. chlor. ohne jede Mahnung zur Vorsicht in einem Papierbeutel oder einer Schachtel.

Wie gefährlich das ist, beweist der tödtlich endende Vergiftungsfall mit Kal. chlor., der mich zu vorliegendem Aufsatz veranlasst hat. In diesem Falle waren, wie die Geschichtserzählung zeigen wird, präter propter 50 g Kal. chlor. im Handverkaufe zum Gurgeln abgegeben und die betreffende Düte nur mit der Dinten-Aufschrift chlorsaures Kali versehen worden. Dass nicht einmal der Zusatz „zum Gurgeln“ gemacht war, halte ich für angreifbar; es erscheint mir aber mehr als zweifelhaft, ob dieser Zusatz das Unglück verhütet hätte; einmal, weil die zur Verwendung gelangte Dinte matt war, zweitens unglückseliger Weise die Kal. chlor.-Düte mit einer mit Bittersalz gefüllten sich in einem Schränkchen zusammen befand.

Hätte der Besitzer dieses Kal. chlor.-Vorrathes sich seiner Zeit das Gift aus einer Drogenhandlung geholt, so wären seitens des Drogisten, falls er legal handelte, die Kautelen für die Giftabgabe angewendet und dadurch der Empfänger zur Vorsicht in der Aufbewahrung gemahnt worden und verpflichtet gewesen. Aus der Apotheke erhielt er das Kal. chlor. ohne jeden Vorsichtsvermerk und liess demgemäss auch jede Vorsicht ausser Acht.

Ich will nicht verfehlen, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass wohl die überwiegende Mehrzahl der Apotheker Kali chlor. bei der Abgabe nicht nur roth auf weiss signirt, sondern vielfach auch noch Gift oder Vorsicht danebensetzt. Aber, wie gesagt, eine gesetzliche Verpflichtung besteht nicht dazu, und

1) Notabene, wenn sie den Vorschriften der Gift-Verordnung nachgekommen waren.

der vorliegende Fall beweist, dass sich einzelne Apotheker auch lediglich auf diesen gesetzlichen Standpunkt stellen. Es muthet eigenartig an, wenn man sieht, dass die Standgefässe mit Kal. chlor. in der Offizin gemäss § 4 der Gift.-V. roth und weiss signirt sind, die Abgabe aber im Handverkauf mit ebensowenig Kautelen verbunden ist wie die beispielsweise von Salmiakpastillen. Freilich wird andererseits auch behauptet, dass auch das Kal. chlor.-Standgefäss nach § 9 Abs. 1 zu § 4 nicht roth auf weiss zu signiren sei; wodurch also ein Gift der Abtheilung 3 äusserlich zu einem indifferenten Stoff erklärt wird. Kurz und gut, das Kal. chlor. nimmt eine Zwitterstellung ein und es haften an den gesetzlichen Bestimmungen seiner Aufbewahrung und Abgabe die Mängel und Gefahren jeder Unklarheit.

Die Geschichte des vorliegenden Vergiftungsfalles ist folgende:

Das Dienstmädchen N. war eines Sonntag Abends 10 Uhr anscheinend gesund und munter von einem Spaziergange zu ihrer Dienstherrschaft zurückgekehrt. Um $11^1/_2$ Uhr hörte die Dienstherrin die N. wimmern und stöhnen und fand dieselbe auf dem Bettrand zusammengekauert, „furchtbar blassen und entstellten Antlitzes" sitzend vor. Gefragt, was ihr fehle, konnte die N. nur ganz leise erwidern: es ginge ihr so schlecht. „Kurz darauf kippte sie um und fiel mit dem Oberkörper aufs Bett, während sie die Beine von sich streckte und ganz starr wurde." Von der Dienstherrin ordentlich gebettet und mit Wasser besprengt, kam die N. nach einiger Zeit wieder zu sich. Sie erhielt nun 15 Tropfen „Halemer Tropfen" als gepriesenen therapeutischen en tout cas und trank darauf noch viel Wasser. „Dann fiel sie noch einige Male in den anscheinend krampfartigen Zustand, ohne anscheinend in den Zwischenpausen wieder zur Besinnung zu kommen. Bei dem krampfartigen Zustande hatte sie die Arme steif am Körper ausgestreckt und die Daumen in die Hände eingeklemmt. Gesicht und Hände waren blau." Die N. starb gegen 1 Uhr Nachts. Der kurz vor dem exitus herbeigeholte Arzt erklärte als unmittelbare Todesursache einen Herzschlag und liess im Uebrigen offen, ob eine Vergiftung oder Erstickung vorläge.

Die angestellten Recherchen ergaben, dass die N. ein durchaus ehrbares, braves Mädchen war, die bisher kerngesund und hervorragend körperlich leistungsfähig gewesen war und weder je Suicidiumgedanken geäussert noch anscheinend irgend welchen Grund für solche haben konnte. Es wurde ferner, nachdem ich auf Grund des Obduktionsergebnisses vorläufig Kalichloricum-Vergiftung mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit als Todesursache bezeichnet hatte, festgestellt, dass die N. an dem fraglichen Abend ein Salz zum Abführen eingenommen hatte. Ob die N. dieses Salz zwischen 6 und 10 Uhr Abends oder erst nach ihrer Rückkunft um 10 Uhr oder in zwei Portionen zwischen 6 und 10 Uhr Abends und nach 10 Uhr eingenommen hat, konnte nicht aufgeklärt werden. Sicher ist nur, dass die N. vor 6 Uhr das fragliche Salz nicht zu sich genommen, und dass ihr zum Abendessen, etwa 9 Uhr, jeder Appetit gefehlt hat.[1]) Nun ergab sich weiter, dass der Sohn des Hauses längere Zeit chlorsaures Kali zum Gurgeln benutzt, und dieses Medikament in einem Papierbeutel nebst einem fast gleich grossen Papierbeutel Magnesium sulfuricum in einem kleinen Schranke in der Küche eine Aufbewahrungsstätte gefunden hatte, die der N. jeder Zeit zugänglich war, zumal in diesem Schränkchen auch Speisevorräthe (!) aufbewahrt wurden. Da trotz sorgsamer Durchsuchung weder ein Salzrest noch eine Düte bei der N. gefunden werden konnte, auch Erkundigungen in Apotheken und Drogenhandlungen negativ ausfielen, ist der Schluss so gut wie sicher, dass die N. die beiden Papiersäcke in dem begrenzten Schrank verwechselt und Kal. chlor. an Stelle von Magnesium sulf. eingenommen hat. Diese Verwechselung war um so leichter, als auf der einen Düte Bittersalz nur mit Bleistift, auf der anderen chlorsaures Kali nur mit blasser schwarzer Tinte verzeichnet stand ohne jede nähere Bezeichnung, wie beispielsweise äusserlich, zum Gurgeln oder ähnlich. Letztere Düte enthielt bei ihrer Beschlagnahme noch 42 gr chlorsaures Kali. Schätzungsweise dürften von der N. 10—15 gr Kal. chlor. eingenommen sein.

Wir sehen auch im Falle N. das bekannte Bild der Kalichlor.-Vergiftung: Schmerzen im Unterleib — die N. sass zusammengekauert und wimmerte —, Durst — sie trank viel Wasser —, epileptoide Convulsionen — sie wurde starr, krampfartiger Zustand, eingeschlagene Daumen —, Cyanose während der Convulsionen und der Starre — Gesicht und Hände wurden blau —, in den Zwischenstadien blasses und verfallenes Aussehen — die N. sass furchtbar blassen und entstellten Antlitzes auf dem Bettrand, komatöser Zustand — „ohne anscheinend in den Zwischenpausen zur Besinnung zu kommen".

Dass das Kali chloricum bei leerem Magen besonders schnell in das Blut übertritt und seine deletäre Wirkung entfalten kann, scheint auch bei der N. Bestätigung zu finden: sie befand sich bei Einnahme des Giftes mehrere Stunden nach der Mittagsmahlzeit und sicher zwei Stunden nach dem Nachmittagskaffee, zu dem sie nichts zu sich genommen haben haben soll, und noch vor dem Abendessen. Dass der Zustand ihrer Nieren ein anormaler gewesen sein könnte, worauf L. Lewin für das Zustandekommen von Nebenwirkungen besonderes Gewicht legt, ist auf Grund mikroskopischer Untersuchung zu verneinen. So lässt sich demnach zu keinem anderen Schluss gelangen, als dass ein bis dahin vollkommen gesundes, blühendes, kräftiges Mädchen von 27 Jahren durch den irrthümlichen Genuss von ungefähr 10—15 gr. Kal. chlor. in etwa $6^1/_2$ Stunde sein Lebens einbüssen musste.

Aus dem Sektionsprotokoll seien noch die am meisten ins Gewicht fallenden Befunde in abgekürzter Form hier wiedergegeben:

2. Hautfarbe der Leiche im Allgemeinen eigenthümlich grau mit einem Stich ins Violette. Blass violette Totenflecke.

3. Totenstarre in allen Gelenken intensiv ausgeprägt.

6. . . . Auf den Lippen befindet sich grau-weisser z. T. frischer, z. T. angetrockneter Schaum, desgleichen an den Nasenlöchern.

10. Bauch nicht aufgetrieben.[1]) In den Schenkelbeugen schimmert ein Netz theils hellgrün, theils grau-violett gefärbter Blutaderstränge durch.

11. . . . Der Scheideneingang zeigt auffallend blassgrauviolette Schleimhaut, welche mit einer schmierig-bröckligen grau-weissen Masse bedeckt ist.

12. Aus dem geschlossenen After ragt ein kleiner Pfropf hellgelben weichen Kothes hervor.

13. Auf der vorschriftsmässig angelegten Schnittfläche vom Kinn bis zur Schambeinfuge treten nur ganz vereinzelt schwer abspülbare, lackartige dunkle Blutpunkte hervor.

15. . . . Das Netz fällt durch seine eigenthümlich schmieriggraue Färbung und durch die wie mit einer dunklen stumpfen Lackmasse bis zur vollen Rundung gefüllten Blutadern auf.

[1]) Die Annahme, dass die N. gegen 10 Uhr Abends noch vollkommen wohl sich fühlte, erscheint darnach sehr zweifelhaft.

1) Vielfach findet sich bei Kal. chlor.-Vergiftung der starke Meteorismus erwähnt.

Ueberzug der vorliegenden Eingeweide zwar zart und durchsichtig, aber von eigenartigem grauem Farbenton.

16. Zwerchfellstand rechts oberer Rand der sechsten, links oberer Rand der fünften Rippe.

17. In der Bauchhöhle 80 ccm klarer ungefärbter Flüssigkeit.

19. Magen präsentirt sich als ein erheblich ausgedehnter schwappender Sack; Inhalt desselben eine bräunlich gefärbte Flüssigkeit. Schleimhaut schmutzig grau, von zahlreichen bis zur vollen Rundung gefüllten schwarzblauen Gefässen durchzogen.

21. Milz misst 18 : 10 : 5$^1/_2$[1]); Gewicht 200 gr. Farbe schwarz-roth. Konsistenz ausserordentlich brüchig.

22. Linke Niere misst 16 : 7 : 4 cm; Oberfläche glatt, Farbe an der Darmpartie grünlich, sonst schmutzig grau mit blassbläulich-rosa Hauch, transparent, Konsistenz schlaff. Auf dem Durchschnitt im Wesentlichen die gleiche Färbung und Transparenz. Hier und da treten einige abspülbare chokoladenbraune Bluttröpfchen über die Schnittfläche hervor. Die Rindensubstanz ist von der Marksubstanz deutlich abgesetzt; die Pyramiden zeigen keine auffallende Zeichnung; die Marksubstanz an der Basis der Pyramiden zeigt eine leicht gelbliche Nuance.

23. Rechte Niere zeigt abgesehen von etwas zahlreicheren über die Schnittfläche hervortretenden chokoladenbraunen Pünktchen fast mit photographischer Genauigkeit dieselben Verhältnisse wie die linke.[2])

24. Die Blase enthält 200 ccm eines strohgelben, trüben Urins;[3]) ihre Schleimhaut ist blassgrauviolett; einige Blutadern schimmern als bläuliche Stränge durch.

25. Bauchfellüberzug der Gebärmutter zart, durchscheinend, grauviolett. . . . Auf der Schnittfläche der Gebärmutter treten einige tabakbraune dickliche Pfröpfe aus den durchschnittenen Gefässen.

27. . . . Die Leber erscheint auf der Schnittfläche fast schokoladenbraun, die Läppchenzeichnung ist ziemlich deutlich. Aus den durchschnittenen Gefässen entleeren sich ziemlich grosse Mengen dicklichen kaffeesatzbraunen Blutes.

29. Gekröse . . . schmierig grau violett, von zahlreichen dunkelbraunen bis zur vollen Rundung gefüllten Gefässen durchzogen.

32. Die grosse Blutader ist etwa bis $^3/_4$ ihrer Rundung mit dunkellackfarbigem, dickflüssigem Blute gefärbt.

39. Die Halsblutadern in gleicher Weise strotzend gefüllt.

41. Der rechte Vorhof des überaus schlaffen Herzens enthält ebenso wie die rechte Kammer je etwa 15 ccm dunkelbraunen flüssigen Blutes; der linke Vorhof wie die linke Kammer enthalten je 30 ccm dunkelbraunen dickflüssigen Blutes.

44. . . . Das Herzfleisch ist ausserordentlich welk und besitzt eine Farbe wie Milchkaffee.

48. Die Oberflächen beider Lungen erscheinen im Oberlappen grau-helllila, im Mittel- und Unterlappen bezüglich Unterlappen grau dunkel-lila. Auf ihren Durchschnittsflächen entleert sich auf Druck massenhaft grauweisslicher Schaum, der sich mit Schleim untermischt auch in den aufgeschnittenen Luftröhrenverzweigungen findet. Aus den durchschnittenen Gefässen ragen Pfropfen dunkelen stumpflackfarbigen Blutes hervor.

53. Auskleidung der Mund-Rachenhöhle blass-violett grau.

57. Die harte Hirnhaut ist von zahlreichen bis zur vollen Rundung gefüllten chokoladenbraun erscheinenden Gefässen durchzogen.

58. Der Längsblutleiter enthält 50 ccm chokoladenbraunen flüssigen Blutes. Die Innenfläche der harten Hirnhaut ist von zahlreichen grossen und kleinen bis zur vollen Rundung gefüllten Gefässen durchzogen, welche sich theilweise wie mit einer braunen Wachsmasse ausgegossene Stränge anfühlen. . . .

59. Die zarte Hirnhaut sowohl der Gehirnhalbkugeln wie der Grundfläche ist von zahlreichen Gefässen in Gestalt braun oder dunkelviolett durchschimmender Stränge durchzogen.

62. Die Blutgefässe der oberen Gefässplatte sind strotzend mit dunkelviolettem Blut gefüllt, ebenso die körnigen Gefässknäuel.

66. Auf den Durchschnitten beider Grosshirnhalbkugeln, sowie des Kleinhirns, der Brücke und des verlängerten Markes treten zahlreiche, nicht leicht abspülbare, chokoladenbraune Blutpunkte hervor.

Aus dem Obduktionsbefunde tritt uns gleichfalls das unverkennbare Bild der Kali chloricum-Vergiftung mit der höchst auffälligen Verfärbung sämmtlicher innerer Organe entgegen. Eine auffällige, graue Verfärbung der Gelenkknorpel fand sich nicht vor. Das Gehirn sah aber in der That, wie v. Hofmann sich ausdrückt, aus, als ob es mit Chokolade injizirt sei.

Die Untersuchung des Blutes ergab:

1. einen unangehmen, faulig faden Geruch;
2. erhöhte Klebrigkeit;
3. neutrale Reaktion;
4. grössere Blutmengen erschienen bei auffallendem Licht chokoladenbraun, bei durchscheinendem schmutzig hell-tabakbraun; kleinere Blutmengen bei auffallendem Licht dunkelbraun-röthlich, bei durchscheinendem hell-braun-röthlich;
5. die wässerige Lösung war schmutzig grau-bräunlich, leicht flockig;
6. das Leichenblut veränderte an der Luft seinen Farbenton nicht;
7. es war kein einziges normal gefärbtes Blutkörperchen mehr zu finden, dagegen zahlreiche, ihrer normalen Gestalt und Grösse beraubte rothe Blutkörperchen;
8. bei der Spektraluntersuchung trat neben dem sehr verschwommenen Oxyhämoglobin-Spektrum deutlich das des Methämoglobins auf.

Noch in diesen Tagen sah ich Kassenrezepte, welche lauteten: „100 g chlorsaures Kali für X.“ Man bedenke: ohne jede Gebrauchs-Anweisung 100 g Kal. chlor.! Es ist mir versichert worden, dass diese Art der Kal. chlor.-Ordination — sit venia verbo — durchaus nichts Seltenes, noch Ueberraschendes sei.

Ich bin fest überzeugt, dass bei so geringer Bewerthung der Giftwirkung des Kali chlor. viel mehr unaufgeklärte, überraschend schnelle Todesfälle auf Kali chlor.-Vergiftungen in Folge Verwechselung mit ähnlich aussehenden Salzen oder durch Verwendung übergrosser Dosen zu beziehen sind, als man zur Zeit anzunehmen geneigt ist.

Der grossen Gefahr für Leben und Gesundheit, welche der Allgemeinheit durch die zur Zeit geltenden Bestimmungen für die Abgabe des Kali chlor. als Heilmittel droht, kann nur dadurch begegnet werden, dass das Kali chlor. in das Verzeichniss B. der nur in den Apotheken feil zu haltenden und zu verkaufenden Heilmittel aufgenommen wird und nur gegen Rezept abgegeben werden darf.

---

[1]) Anscheinend mässige Hyperplasie. Ein Milztumor soll sich frühzeitig entwickeln.

[2]) Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab keine Infarktirungen der Harnkanälchen mit braunen Blutgerinnseln, auch sonst nichts Pathologisches.

[3]) Der Urin enthielt ganz minimale Mengen Albumen, war frei von Blut — Nach Lewin ist die Abnahme der Harnmenge bis zur Anurie ein pathognostisches Symptom für Kal. chlor.-Intoxikation; aber wohl nur für die über einige Tage sich ausdehnenden Intoxikationen. Vereinzelt soll auch Polyurie vorgekommen sein.

Referate.

Chirurgie.

Ueber einen operativ geheilten Fall von Hirndruck, entstanden durch Sinuszerreissung.

Aus der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-St. Georg. (Oberarzt Dr. Wiesinger.)

Von Dr. Bertelsmann, Sekundärarzt der Abtheilung.

(Münch. medic. Wochenschr. 1901, No. 11.)

Eine Frau war, von einer Wagendeichsel an der Brust getroffen, mit dem Hinterkopfe auf das Steinpflaster gefallen. Nach kurzer Bewusstlosigkeit war Facialisparese linkerseits, keine Pulsverlangsamung, Beule am Hinterkopf festgestellt worden, Schwere allgemeine Krampfanfälle nöthigten zur Ueberführung ins Krankenhaus. Puls 100, l. Pupille weiter als r., träg reagirend, keine Stauungspapille, Athmung 28—30. Schnell fortschreitende Verschlechterung des Pulses und der Athmung, beginnendes Lungenödem lassen trotz Fehlens der Pulsverlangsamung eine Hirnblutung bei der Art des Verletzungsherganges wahrscheinlich werden.

Es wurde nach sagittalem Durchschneiden der Beulenhaut ein Längssprung im Knochen gefunden und nach Trepanation eine profuse Blutung aus der Gegend der Sinusvereinigung unter der Hinterhauptschuppe. Sie konnte durch Tamponade gestillt werden. Die linke Hirnhälfte pulsirte kaum merklich und es wurde deshalb behufs Druckentlastung die Dura über ihr geschlitzt, nach Entleerung einer kleinen Menge blutig gefärbter Flüssigkeit die Wunde tamponirt, die Haut in ihre normale Lage gebracht und ein steriler Verband gelegt.

Es trat nur noch 1 Krampfanfall auf, jedoch blieb 2 Tage lang andauernde Besinnungslosigkeit mit grosser Erregung bestehen.

Nachdem dann volle Besinnlichkeit allmählich wiedergekehrt war und die ziemlich bedeutenden Kopfschmerzen sich verloren hatten, wurde Lähmung des l. inneren graden Augenmuskels und Gedächtnissschwäche bemerkt.

Während ein Versuch, am 6. Tage nach Operation den Tampon zu entfernen, zu erneuter Blutung geführt hatte, wurde am 21. Tage mit Erfolg die Entfernung vorgenommen, was eine 2 Tage dauernde akute Herzerweiterung mit Unzählbarkeit des Pulses und seelischer hochgradiger Erregung im Gefolge hatte.

Nach Digitalis- und Kampheranwendung schwanden diese Erscheinungen, ebenso verloren sich die Erregtheit, die Facialis- und die Augenmuskellähmung. Seelhorst.

Trepanation bei einem komplizierten Schädelbruch; Heilung mit erhaltener Dienstfähigkeit.

Von Hecker.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1, 1901.)

Einem in einer Schlägerei am Schädel verletzten Soldaten war entgegen allen chirurgischen Grundsätzen eine grosse die weichen Schädeldecken perforirende Wunde fest vernäht worden. Es kam unter Schüttelfrösten zu einer schwappenden Eiteransammlung, bei deren Eröffnung man eine Depressionsfraktur des linken Scheitelbeins entdeckte. Es handelte sich bei der Operation nicht eigentlich um eine Trepanation, sondern um ein verspätetes Débridement. Der Defekt schloss sich von selbst, ohne eine besondere plastische Operation. Der Mann war im Stande, das nächste Manöver mitzumachen.

P. Stolper-Breslau.

Ein Fall von akuter Osteomyelitis des Brustbeins.

Von Janz-Thorn.

(Deutsche militärärztl. Ztschr. 1901. 11.)

Ein mit der Diagnose Lungenentzündung in das Lazareth eingelieferter Soldat bekam eine Anschwellung am oberen Drittel des Brustbeins. Es entwickelte sich ein in das Mediastinum hineinreichender Abscess, welcher offenbar von der Symphyse zwischen Corpus und manubrium sterni ausgegangen war. Der operative Eingriff hatte völligen Erfolg.

P. Stolper-Breslau.

Ersatz des Cocains durch Eucain B bei der Bier'schen Cocainisirung des Rückenmarkes.

Aus der Kgl. Universitätsfrauenklinik zu Bonn.

Von Dr. Engelmann, Assist.-Arzt.

(Münchener medizin'sche Wochenschrift, 1900, No. 44.)

Nach einem Versuche, den der Verfasser an sich selbst mit Injektion von 0,01 Eucain B in den Lumbalsack ausführte, eignet sich das Eucain B in keiner Weise besser als das Cocain zu dem genannten Zweck. Es traten Vergiftungserscheinungen ein, deren völlige Beseitigung erst nach 9—10 Tagen vollendet war. Seelhorst.

Innere Medizin.

Ein Fall von anscheinender Maul- und Klauenseuche beim Menschen.

Von Thiele.

(Deutsche militärärztl. Ztschr. 1901. 11.)

Verfasser nahm eine Infektion mit Maul- und Klauenseuche durch Butter bei einem Soldaten in Rastatt an, doch lässt er die Frage offen, ob es eine einfache geschwürige Mundentzündung oder diese spezifische Infektion war. Es bestanden neben ersterer hohes Fieber, Milztumor und ein makulopapulöses Exanthem. Die geschwürigen Prozesse im Munde gingen aus Blasen mit graugelbem Inhalt hervor. An Händen und Füssen bestand Blasen- und Geschwürsbildung im vorliegenden Falle nicht. P. Stolper-Breslau.

Ueber okkulte Magenblutungen.

Von Dr. J. Boas-Berlin.

(D. med. W. 1901. No. 20.)

Bei sehr geringen Blutungen aus der Magenschleimhaut merkt man dem Mageninhalt makroskopisch durchaus nichts krankhaftes an. Erst die Guajakprobe ergiebt das Vorhandensein von Blut.

Verf. hat nun systematisch in 83 Fällen verschiedenster Magenkrankheiten auf solche kleinste Blutungen gefahndet. Er hat dieselben stets vermisst bei Neurosen, bei Hyperacidität und Hypersekretion, bei gutartiger Magenerweiterung, mit einer Ausnahme bei säurelosem Magenkatarrh, in einem Fall bei Magenkatarrh mit Säure-Armuth.

Wechselnd war der Blutbefund bei Magengeschwür und bei Pförtnerverengerung nach Geschwür. Regelmässig fand sich Blut im Mageninhalt, auch wenn die äussere Besichtigung gar keinen Verdacht ergab, bei Magenkrebs und in einem Falle von hypertrophischer Pförtnerverengerung.

Der Nachweis kleinster Blutungen kann also bei der Sonderung der verschiedenen Magenkrankheiten zwar nicht allein massgeblich, aber unter Umständen ausschlaggebend sein, eine auch für den Sachverständigen bemerkenswerthe Thatsache.

Zu Grunde liegt den Blutungen entweder Stauung oder Geschwürsbildung. Am leichtesten treten sie ein, wenn Beides zusammentrifft.

Durch Niesen verursachter Pneumothorax bei normalen Lungen.

Von Prof. Dr. B. Stiller-Budapest.

(Ungarische medizinische Presse 1901, No. 14.)

Es handelt sich um einen jungen Mann, der wegen eines nervösen Magenleidens schon längere Zeit in Behandlung stand. Eines Tages wurde Verf. zu ihm gerufen und fand ihn in halbsitzender Rückenlage, stöhnend im Bett. Vor einer Stunde überfielen ihn nach einem sehr heftigen Niesen Magenschmerzen, die seitdem fortwährend anhielten. Im Epigastrium verspürte Patient die quälendsten Schmerzen; Verf. fand in demselben eine mächtige Geschwulst, die die ganze obere Bauchgegend einnahm, dieselbe sichtlich ausdehnte und überall einen gedämpften Perkussionsschall ergab. Nach eingehender Untersuchung zeigte es sich, dass dieser Tumor nichts anderes ist, als die Leber, die tief unter den Nabel reichte. Verf. konnte sie sammt ihrer Kuppe fast ganz palpiren. Es war eine wirkliche Luxation der Leber vorhanden; das Zwerchfell war mit seiner Konvexität nach abwärts gedrängt, ausserdem konnte eine Drehung der Leber um die Querachse nach vorn konstatirt werden. Die rechte Brusthälfte war stark ausgedehnt, beim Athmen unbeweglich, Perkussionsschall bis zum Rippenbogen hell und tympanitisch; Herz nach links gedrängt, Herzspitzenstoss in der linken vorderen Axillarlinie. Rechts über dem Brustkorb fast überall amphorisches Athmen, metallisch klingende Rasselgeräusche. Es bestand also ein so hochgradiger Pneumothorax, dass das Zwerchfell, mit seiner Konvexität nach unten umgewendet, gleichsam die Leber aus ihrem Gelenke luxirte. Der Kranke bekam Morphium subkutan, später innerlich. Schon am nächsten Tage trat die Leber gleichsam wieder in ihr Gelenk zurück und stand nur so tief wie bei einem hochgradigen Emphysem. Dumpfe, allmählich jedoch nachlassende Schmerzen bestanden noch drei Tage; nach einer Woche war jede Spur des Pneumothorax verschwunden. Exsudat konnte in der Brusthöhle niemals nachgewiesen werden. Lb.

Neurologie und Psychiatrie.

Ueber die klinischen Formen der Gefängnisspsychosen.

Von Dr. Ernst Rüdin-Heidelberg.

(Ztschr. f. Psych. Bd. 58 H. 2/3.)

An 94 Gefangenen — 84 Männern und 10 Frauen — studirte Verfasser die Krankheitsbilder der in der Haft vorkommenden Geistesstörungen.

Am häufigsten (55 %) fand er die Kraepelinsche Katatonie. Bei ihr unterscheidet er drei Grundformen des Verlaufs, die sich im Endstadium fast gleichen. Aus 31 Fällen setzt sich die „Vagantengruppe" zusammen: Auf eine normale Jugendentwicklung folgt aus unbekannter Ursache eine Wesensveränderung. Mit der Zeit treten Erregungszustände wie bei Katatonie auf. Das Endergebniss ist der „charakteristische Schwächezustand".

Bei der 11 Fälle umfassenden Gruppe der Gewohnheitsverbrecher handelt es sich um verbrecherisch angelegte, aber geistesgesunde Menschen, die nach mehrfachen Strafen, besonders in Einzelhaft, katatonisch erkranken, bei der dritten um Gelegenheitsverbrecher, die, zur Zeit der That wahrscheinlich gesund, in der Haft erkranken.

10 Prozent rechnet R. auf die Alkoholikerpsychosen: Säuferwahnsinn i. e. S. und chronischer Wahn nach Delirium.

Es folgen Epilepsie und Hysterie. Nur je einmal sah R. Imbezillität und epileptische Verrücktheit, dreimal Paranoia im Sinne Kraepelins.

17 Fälle vermochte R. nicht diagnostisch unterzubringen, meist wegen ungenügender Kenntniss des Vorlebens oder nicht ausreichender Beobachtungszeit. Einzelne davon zeigten akute Erkrankungen mit Sinnestäuschungen und Wahnideen, die als Katatonie angesprochen wurden, aber nicht so, sondern, wie es scheint, mehr paranoisch verliefen.

[Ref. ist überzeugt, dass Verf. bei einem noch grösseren und nicht blos in der Irrenanstalt, sondern auch im Gefängniss bezw. in der Strafanstalt gewonnenen Material seine Beobachtungsresultate wesentlich modifiziren würde. Insbesondere ist die Seltenheit des angeborenen Schwachsinns und der epileptischen Störungen zweifellos auf einen Fehler in der Statistik zurückzuführen. Die Fälle mit akut einsetzenden Sinnestäuschungen und Wahnideen und Ausgang in ein Wahnsystem ohne jegliche Verblödung stellen unseres Erachtens einen nicht so seltenen Typus dar, der sich eben in dem „grossen Topf" Dementia praecox nicht unterbringen lässt].

Als Gesammtergebniss seiner Arbeit bezeichnet R. die Thatsachen, dass die im Gefängniss auftretenden Seelenstörungen erstens, wenn sie nicht schon vor der Haft begonnen haben, doch den schädlichen Einfluss der Haft überdauern, und zweitens in Beginn, Verlauf und Ausgang nicht von den auch im freien Leben beobachteten Krankheiten abweichen.

Nur eine besondere Neigung zu bestimmten Krankheitserscheinungen: Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichts, Begnadigungsverheissungen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungswahn, Angstzuständen, Verstimmung und Reizbarkeit — bewirkt die Haft, und zwar entweder die Einzelhaft oder die häufig wiederholte Einsperrung. In der Irrenanstalt treten diese Erscheinungen zurück, bei Rückversetzung in Haft können sie wiederkehren. [Sehr richtig! Ref.]

Sehr wichtig ist eine zum Schluss erörterte Frage: Wenn bei Schwachsinnigen oder seelisch Minderwerthigen (Psychopathischen) in der Haft Sinnestäuschungen eintreten, also Krankheitserscheinungen, die solchen seelischen Abnormitäten sonst nicht eigen sind — handelt es sich dann einfach um Vorstellungen, die in Folge der Einsamkeit, der Aufregung, Zerknirschung u. s. w. bei widerstandsunfähigen Personen sinnliche Kraft gewinnen und wahnhaft verwerthet werden? oder muss man hier in manchen Fällen von einer wirklichen eigenartigen Geistesstörung, einer Gefängnisspsychose als Krankheit sui generis, sprechen?

Das letztere hat Verf. nie sicher beobachtet, er hält es jedoch für nicht ausgeschlossen. Nur verlangt er folgende Beweise:

1. darf die Erscheinungsgruppe nicht bei einem im engeren Sinne Geisteskranken auftreten, 2. muss Beginn und Verlauf typisch sein, der Ausgang muss entweder Heilung oder eine nicht katatonische Schwachsinnsform sein, 3. muss man in der Lage sein, das Leben des Erkrankten vor und nach der Haft zu überschauen.

Falls es aber auch in diesem Sinne eine eigenartige Gefängnisspsychose giebt, tritt sie doch an Bedeutung gegenüber denjenigen Störungen zurück, die auch bei Nichtgefangenen vorkommen.

Ueber Geistesstörungen nach Bleivergiftung.

Von Moritz Probst.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. IX. 1901. Heft 6, No. 444.)

An der Hand zweier selbstbeobachteter Fälle und der einschlägigen, kurz mitgetheilten Literatur entwirft Probst eine Schilderung der Geisteskrankheiten nach Bleivergiftung. Er unterscheidet akute und chronische Psychosen.

Die ersteren entsprechen meist der Amentia im Sinne Meynerts. Die Kranken zeigen sehr oft Delirien, die grosse Aehnlichkeit mit denen der Alkoholiker und Epileptiker haben,

die einige Tage anhalten und dann wieder verschwinden. Zuweilen folgt dem hallucinatorischen Verworrenheitszustand ein stupuröses Stadium; in anderen Fällen ist wieder das Verhältniss ein umgekehrtes.

Die chronischen Psychosen, deren Beginn den Erscheinungen der akuten Psychosen entspricht, zeigen deprimirte Stimmung, zahlreiche Hallucinationen, anhaltende Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und vielfach noch anderweitige körperliche Symptome, wie leichte Lähmungserscheinungen, Pupillenungleichheit, Sprachstörung, Tremor, Zuckungen einzelner Muskeln, Romberg, schwankenden Gang, epileptiforme Anfälle. Der Symptomenkomplex kann auch dem der Korsakoff'schen Psychose gleichen. Die Heilungsaussicht bei den chronischen Psychosen ist gering; vielfach ist Blödsinn der Ausgang.

Da das Blei die verschiedenartigsten Krankheitsbilder erzeugen kann, so erscheint die Annahme berechtigt, dass auch andere Gifte, die auf das Gehirn einwirken, dessen Funktionen in der verschiedensten Weise beeinflussen können. Individuelle Verhältnisse werden dabei selbstverständlich ein gewichtiges Wort mitsprechen. Vor allem gilt das von dem Missbrauch des Alkohols, dessen Wirkung der des Bleis gleicht (Neuritis, Verdauungsstörungen, Delirien) und bei bleikranken Individuen den Ausbruch einer Bleichpsychose ungemein erleichtert. Bleiarbeiter sollen und müssen deshalb im Alkoholgenuss besonders mässig sein. Ernst Schultze.

Psychose nach Bleiintoxikation.

Von Dr. Hoppe-Allenberg, Oberarzt.
(Vierteljschr. f. ger. M. 1901 H. 3.)

Im vorigen Jahrgang (S. 263) berichteten wir über einen Aufsatz von Seydel, der einen Fall von Lähmungsirrsein nach Syphilis und Einwirkung von Bleidämpfen betraf. Auf Grund eines ausserordentlichen Rückganges der seelischen Störungen befürwortete S. damals die Aufhebung der vorher ausgesprochenen Entmündigung. Die Fortsetzung der Krankengeschichte giebt nun H.: Der Kranke verheirathete sich; nach einigen Monaten traten Krampfanfälle ein, denen Tobsucht folgte, es wurde erst Aufnahme in ein Krankenhaus, dann Ueberführung in die Irrenanstalt nothwendig, wo der Kranke schon völlig verblödet eintraf und inzwischen gestorben ist. Der Sektionsbefund vereinigte die gewöhnlichen Zeichen des Lähmungsirrseins mit denen einer Pachymeningitis haemorrhagica.

Tetanie und Psychose.

Von Dr. Luther, Ass. der Prov.-Irrenanst. Ueckermünde.
(Ztschr. f. Psych. Bd. 58, H. 2/3.)

Während früher als kennzeichnend für das Krankheitsbild der Tetanie das Fehlen gleichzeitiger Hirn- bezw. Bewusstseinsstörungen angesehen wurde, ist hauptsächlich seit einem Jahrzehnt darauf hingewiesen worden, dass zwischen echter Tetanie und gewissen Geistesstörungen sogar bestimmte Beziehungen bestehen. Stets handelt es sich dabei um Erregungszustände, meist deliriöser Art und mit zahlreichen Sinnestäuschungen, hin und wieder unterbrochen durch ängstliche Verstimmungen.

Verf. theilt zu diesem Thema eine Krankengeschichte folgenden Inhalts mit: eine verheirathete, nicht belastete Frau in den Wechseljahren, die früher einmal ganz vorübergehend einen leichten Schwermuthszustand gehabt hat, erkrankt mit anfangs trüber, dann ausgesprochen maniakalischer Erregung, zu der sich bald massenhaft Sinnestäuschungen gesellen. Nach 14 Tagen wird zum ersten Male ein echt tetanischer Anfall beobachtet, dem rasch und mit kurzen Pausen eine Reihe weiterer schwerer Anfälle folgen. In den Pausen gelingt es, das Trousseausche Zeichen auszulösen. Dieser Zustand hält zwei Tage an, dann verschwinden die Muskelspannungen wieder. Etwa nach einer weiteren Woche beginnt die Kranke alle Speisen zu erbrechen, kommt mehr und mehr herunter und stirbt binnen 8 Tagen.

Die Sektion ergiebt eine leichte Entzündung der weichen Hirnhaut, ferner eine theilweise Verschmälerung der Hirnwindungen, etwas erweiterte Hirnhöhlen mit gekörntem Ependym, verschmälerte Rindensubstanz, Abflachung der Sehhügel, deren Oberfläche wie benagt aussieht. Der Magen befindet sich im Zustande starken Katarrhs.

Zwei Erklärungen dieses Falles sind möglich: Entweder handelte es sich um Lähmungsirrsein, bei dem ein Magencatarrh die Erscheinungen der Tetanie ausgelöst hat — dies hält Verf. nach dem Verlauf für eine wenig befriedigende Deutung, oder — das vermuthet L. als das Richtige — eine wohl vom Magendarmkanal ausgehende Selbstvergiftung hat sowohl ein akutes Delirium als die Tetanie hervorgerufen.

Ueber Beziehungen zwischen Neuralgie und transitorischer Psychose.

Von R. von Krafft-Ebing.
(Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 58, H. 2/3.)

Zur Erläuterung der Beziehungen zwischen Neuralgien und kurzdauernden Seelenstörungen, die Verf. schon früher bearbeitet hat, werden zwei neue Krankheitsfälle mitgetheilt.

Ein zweiundzwanzigjähriger weder epileptischer noch hysterischer Mann erkrankt nach einer Zahnwurzelhaut-Entzündung plötzlich an heftigsten Gesichtsschmerzen. Noch in derselben Nacht wird er tobsüchtig, delirirt und fiebert. Nach wenigen Stunden tritt Schlaf ein; als der Kranke erwacht, ist er völlig klar und hat keine Ahnung von der ganzen Seelenstörung. Objektiv besteht ausser rachitischer Schädelformung ein Zahn-Abscess und Druckschmerz an den Austrittstellen des dreigespaltenen Nerven.

Ein 19jähriger Feuerwehrmann, angeblich ohne Besonderheiten des Vorlebens, bekommt mitten aus vollem Wohlsein heftige Zahnschmerzen. Er wirft sich zu Boden, schreit, stöhnt, erkennt niemanden, versucht, sich den Hals zusammenzuschnüren. Dann wird er ruhig, schläft ein und weiss nach dem Erwachen weder, wie er nach der Polizei gekommen ist, noch, dass er sich hat erdrosseln wollen. Als Ursache der Schmerzen erweist sich eine Zahnkaries.

Vergiftungen.

Mehrfache Atropinvergiftung durch Kerne des gemeinen Stechapfels (Datura Strammonium L.)

Von Dr. Hermann Ligeti-Visegrad.
(Pester med.-chirurg. Presse, 1901, No. 20.)

Es handelt sich um drei Kinder im Alter von neun, sechs bezw. drei Jahren, die die Kerne des Stechapfels gegessen hatten. Sämmtliche Kinder boten bei der um $5^1/_2$ Uhr Nachmittags erfolgten Einlieferung folgende Symptome: 1. Extrem mydriatische, starre Pupillen, 2. sehr frequenten Puls, 3. grosse rothe Flecke an der Haut, besonders der des Gesichts, 4. tonische und klonische Krämpfe in den Extremitäten, 5. lautes, lärmendes, befehlshaberisches Sprechen und lautes Lachen. In dem schlechtesten Zustand befand sich das sechsjährige Mädchen, welches in Folge der Krämpfe nicht stehen konnte; das dreijährige Mädchen, besonders aber der neunjährige Knabe gingen taumelnd einher. Da die Symptome vor allem auf eine Atropinvergiftung deuteten, entleerte Verf. den Magen mittelst einer vomitiven Dosis von Cuprum sulf., den Darm mittelst

eines Klysmas. Dann erhielten die Kinder kalte Umschläge auf den Kopf und Pulver von Tannin und Natr. bicarb. Im Erbrochenen, welches hauptsächlich aus Kartoffeln bestand, fanden sich die charakteristischen, nierenförmigen, flachen, ca. 4 mm grossen Kerne des gemeinen Stechapfels, deren Atropingehalt resp. der analog wirkende Hyosciamin- und Scolopamingehalt die schwere Vergiftung erzeugt hatte. Um 7 Uhr abends betrug die Zahl der Pulsschläge beim sechsjährigen Mädchen 148 pro Minute. Um 9 Uhr abends, also drei Stunden nach der Ausleerung des Magens und des Darmes waren der Knabe und das dreijährige Mädchen viel, das sechsjährige Mädchen etwas ruhiger; doch liessen die Krämpfe dieser letzteren um Mitternacht ebenfalls beträchtlich nach. Um 6 Uhr morgens war der Zustand der Kinder ein bedeutend gebesserter, der Puls des sechsjährigen Mädchens betrug 96, also nahezu die Norm dieses Alters, welcher Umstand darauf schliessen liess, dass der grösste Theil des Giftes aus dem Organismus eliminirt war. Von da an besserte sich der Zustand der Kinder fortschreitend, so dass nach einigen Tagen keine Spur der Vergiftung mehr vorhanden war. Lb.

Beitrag zur Vergiftung mit Stechapfelsamen.

Von Dr. Rudolf Benesch-Gross-Kadolz.

(Wiener medizinische Presse, No. 21, 1901.)

Verf. theilt zwei schwere Fälle von Vergiftung mit dem Samen von Datura Stramonium mit, von denen der erste Fall insofern besonderes Interesse erweckt, als wohl mehrere hundert Samen von dem dreijährigen Kinde genossen wurden, ohne dass diese, für einen Erwachsenen schon tödtliche Dosis das Kind zu Grunde richtete, im Gegensatz zu dem zweiten Falle, bei welchem bereits drei Samen ausreichten, um bei einem fünf Jahre alten Knaben ein schweres Krankheitsbild zu erzeugen. Der Symptomenkomplex bot in keinem der beiden Fälle besondere Abweichungen dar. —y.

Ein Fall von Vergiftung durch Extractum filicis maris.

Von Dr. Gotthilf-Hofgeismar.

(M. M. W. 1901. No. 27.)

Ein kräftiger dreissigjähriger Mann liess sich von einem Bandwurmdoktor, einem Homöopathen (! !) ein Bandwurmmittel schicken. Dasselbe bestand, wie sich nachher herausstellte, aus 10—11 gr. Farnkrautextrakt. Er nahm alles auf einmal und kein Abführmittel hinterher. Nach zwei Stunden fing er an, sich krank zu fühlen, die Krankheitserscheinungen bestanden in Schwindel, Benommenheit, Kopfweh und Appetitlosigkeit, wurden jedoch erst am dritten Tage bedenklich: Es trat heftiges Erbrechen ein, und plötzlich stürzte der Mann bewusstlos um. G. fand ihn fast pulslos, mit erweiterten Pupillen und in tetanischen Krämpfen. Nach Darreichung von Kampher und Morphium besserte sich der Zustand rasch. Der Harn enthielt etwas Eiweiss, für die Bewusstlosigkeit bestand eine völlige Gedächtnisslücke.

G. führt die Schwere der Vergiftung auf die unterlassene Einnahme eines Abführmittels zurück.

Der Fall zeigt, wie nothwendig die Verordnung war, durch welche soeben die Abgabe der Farnkrautpräparate an ärztliche Verordnung gebunden worden ist.

Ohren.

Zur Therapie und Diagnose der otogenen Meningitis.

Von Dr. Hinsberg-Breslau.

Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zu Breslau.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 38, Heft 1 u. 2.)

Als Fortsetzung zweier früheren Arbeiten Kümmels über intracranielle Complicationen von Ohrenkrankheiten giebt H. im vorliegenden Aufsatze nach Darstellung der hier in Betracht kommenden normal und pathologisch anatomischen Verhältnisse eine Schilderung der klinischen Symptome der unkomplizierten otogenen eiterigen Meningitis, insbesondere der circumscripten im Gegensatz zu der allgemeinen. Eine bestimmte Diagnose scheint ihm einstweilen nur in den seltensten Fällen möglich zu sein; wichtig ist es, dass auch ein nur circumscripter Herd viele oder alle Erscheinungen einer allgemeinen Meningitis machen kann. Hieraus zieht H. die praktische Folgerung, dass man einen auf Meningitis verdächtigen Kranken nicht zu früh aufgeben soll. Denn die circumscripte Form der otitischen Meningitis ist nach H. sicher heilbar, sei es auf dem Wege der Spontanheilung, sei es durch die operative Entfernung des primären Eiterherdes im Mittelohr allein oder zusammen mit Freilegung des meningitischen Eiterherdes und nachfolgender Incision in die darüberliegende Dura und in das eiterige Gebiet selbst. Als Contraindikation gegen jeden operativen Eingriff sieht H. einstweilen noch das vollentwickelte Bild der Cerebrospinalmeningitis an. Die Gefahr einer Verwechselung mit epidemischer Genickstarre schlägt H. gering an, während die Verwechselung mit tuberkulöser Meningitis häufiger und schwerwiegender ist. — Den Werth der Lumbalpunktion für die Differentialdiagnose erklärt H. für zweifelhaft. Richard Müller.

Beiträge zur Kenntniss der otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.

IV. Fortsetzung.

Aus der Ohren- und Kehlkopfklinik der Universität Rostock.

Von Dr. Witte und Dr. Sturm, Assistenten.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Band 39, Heft 1.)

Der vorliegenden Veröffentlichung sind bereits drei Aufsätze über das gleiche Thema vorangegangen, die im VI. Jahrgang unserer Zeitung (No. 7 und 22) besprochen worden sind. Die jetzige Arbeit bringt 11 neue einschlägige Fälle zur Kenntniss. Es handelte sich um Sinusphlebitis mit pyämischen Erscheinungen, perisinuöse und extradurale Abscesse, Entzündung der weichen Hirnhaut sowie um einen besonders interessanten Fall von echtem Cholesteatom in der hinteren Schädelgrube, das von einer akuten Mittelohreiterung infizirt und zur Vereiterung gebracht wurde. In allen Fällen wurde operativ vorgegangen, 9 mal kam es zur Heilung, 2 mal war der Ausgang letal — in Ansehung der Schwere der Erkrankungen ganz gewiss ein günstiges Resultat.

Abgesehen von dem ohrenärztlich-spezialistischen Interesse, das die Fälle bieten, muss ihre Veröffentlichung auch vom ärztlichen Praktiker als dankenswerth begrüsst werden, einmal, weil sie geeignet sind, die Gefahren der vielfach immer noch für völlig harmlos gehaltenen Mittelohreiterungen zu demonstriren, dann aber auch, weil sie zeigen, dass selbst in schweren Fällen durch sachkundiges operatives Eingreifen noch Rettung möglich ist. Richard Müller.

Ueber Fehlerquellen bei der Untersuchung des Taubstummengehörs.

Nachträge zum „Hörvermögen der Taubstummen."

Von Prof. Dr. Bezold-München.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., Bd. 39, Heft 1).

Bezold, der sich grosse Verdienste auf dem Gebiete der Hörprüfungen mittels Stimmgabeln und der durch Stimmgabeln erzeugten kontinuirlichen Tonreihe erworben hat, macht zunächst die interessante Mittheilung, dass man in neuerer Zeit

staatlicherseits den Hörprüfungen in den Taubstummenanstalten grösseres Interesse entgegenbringt als früher, und dass speziell das Kaiserliche Reichsgesundheitsamt die Aufstellung einer Statistik der schulpflichtigen Taubstummen im Deutschen Reiche eingeleitet hat. Zu diesem Zwecke ist in einer kommissarischen Berathung, bei der die Otologie durch Fachmänner vertreten war, folgender Fragebogen vereinbart worden:

hört das Kind

a) noch Töne? (qualitative und quantitative Prüfung mit der kontinuirlichen Tonreihe).
b) Vocale? (welche und auf welche Entfernung?)
c) Konsonanten? (welche und auf welche Entfernung?)
d) Worte? (welche und auf welche Entfernung?)
e) Sätze? (Beispiel, auf welche Entfernung?)

Die Hörprüfung soll durch einen mit diesen Untersuchungen vertrauten Arzt vorgenommen werden.

Die nachfolgenden Ausführungen, in denen Bezold feststellt, dass selbst Fachleuten bei derartigen Untersuchungen Irrthümer unterlaufen können, haben den Zweck, auf die Vermeidung dieser Irrthümer hinzuarbeiten, und sind im Wesentlichen mehr von spezialistischem Interesse für den Ohrenarzt. Was davon für den ärztlichen Sachverständigen interessant ist, liegt in der Thatsache, dass Taubstumme überhaupt noch Reste von Hörvermögen, und zwar recht häufig, und bisweilen in gar nicht geringem Grade, besitzen, und dass von einer genauen Feststellung dieser Hörreste die Art des Unterrichts dieser Unglücklichen bezw. ihre Zuweisung an verschiedene Unterrichtsabtheilungen abhängig zu machen ist. Richard Müller.

Hygiene.

Erholungsstätten.

Von Th. Sommerfeld.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 23, S. 285.)

Nach einem Rückblick auf die Entstehung der Erholungsstätte vom Rothen Kreuz in der Jungfernhaide, die bekanntlich der Anregung der Berliner Aerzte W. Becher und R. Lennhoff ihre Entstehung verdankt, schildert der Verfasser Einrichtung und Betrieb dieser ersten, aus den Bedürfnissen der Arbeiterbevölkerung der Grossstadt hervorgegangenen Erholungsstätte. Wie sehr ihre Einrichtung einem hygienischen und sozialen Bedürfniss entspricht, geht daraus hervor, dass trotz der kurzen Zeit ihres Bestehens bereits an verschiedenen Orten und in verschiedenen Ländern die Errichtung solcher Erholungsstätten in die Wege geleitet ist, und zwar ausser den für Berlin geplanten weitern Anlagen, darunter auch solcher für Frauen, in Charlottenburg, in Frankfurt a/M., in Spandau (seitens der Militärwerkstätten) und ausserdem in Lüttich und Paris. Jedenfalls können wir diesen Unternehmungen, die eine dankenswerthe Ergänzung der Volksheilstätten für Lungenkranke und eine erhebliche Förderung der bei uns bisher vernachlässigten Rekonvaleszentenfürsorge darstellen, nur den besten Fortgang wünschen.

Roth (Potsdam).

Die polizeiliche Ueberwachung des Verkehrs mit Milch.

Von Ocker.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 23, S. 224.)

Verfasser giebt eine Zusammenstellung der wichtigsten bei der Milchkontrole in Frage kommenden Gesichtspunkte, unter Anlehnung an den Ministerialerlass vom 27. Mai 1899 und kommt dabei zu dem Ergebniss, dass er für den in Rede stehenden Bezirk (Stade) den Erlass einer den Verkehr mit Milch regelnden Polizeiverordnung empfiehlt, unter Festsetzung eines Mindestfettgehalts von 2,7 % und unter Ausschliessung der Halbmilch. Es wird ferner für nothwendig erachtet, dass zweimal jährlich eine thierärztliche Untersuchung des Milchviehs, welches Verkaufsmilch liefert, stattfindet, und dass jede Erkrankung an Cholera, Typhus, Scharlach und Diphtherie, welche in dem Haushalt eines Milchlieferanten oder Händlers vorkommt, sofort der Polizeibehörde und dem beamteten Arzt unter Mittheilung der Thatsache, dass Milchabgabe stattfindet, gemeldet wird. Ausserdem werden eingehendere Bestimmungen über Reinhaltung der Kühe, Säuberung der Hände des Melkers vor dem Melken sowie die Bestimmung empfohlen, dass die Verkaufsmilch sofort nach dem Melken gekühlt wird.

Roth (Potsdam).

Beitrag zur Frage der Versorgung der Städte mit Milchprodukten guter Qualität.

Von Veterinärarzt Sljesarewski.

(Wratsch 1901, No. 15.)

Nach eingehender Beleuchtung der mangelhaften, ja gefährlichen Beschaffenheit der zur Zeit auf den Markt gelangenden Milch und nach Hinweis darauf, dass die gegenwärtig bestehenden Massregeln zur Beseitigung dieser Schäden unzureichend sind, spricht S. seine Ansicht aus, dass die einzig zweckentsprechende Massregel, die dem Konsumenten den Genuss von Milch und Milchprodukten guter Qualität sichern könnte, nur die Gründung von Aktiengesellschaften aus der Mitte der Konsumenten selbst ist, die Musterwirthschaften zu errichten hätten, wie sie bereits in vielen Städten Westeuropas bestehen.

Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Verhandlungen des deutschen Aerztetages in Hildesheim.

Die Stellung des Arztes als Gutachter in der Unfallversicherung und Invalidenversicherung.

Obwohl der neunte Punkt der Tagesordnung des diesjährigen Aerztetages lautete: „Der Arzt als Gutachter“, und obwohl er durch die Behandlung der ärztlichen Gutachter in den bekannten Prozessen gegen den Oberlieutenant Rüger und in Elberfeld hervorgerufen war, so beschränkte sich der Referent, Herr Professor Thiem, im Einverständniss mit dem Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes, allein auf die Erörterung der Stellung des Arztes als Gutachter in der Unfall- und Invaliden-Versicherung. Er wies darauf hin, dass durch die Bestimmungen des § 8 des Gesetzes betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze (Mantelgesetzes)*) und des § 69 Abs. III des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Juli

*) „Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahres in seiner ersten Spruchsitzung in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundestaat zuständigen Aerztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbirten Aerzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgerichte in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Aerzte sind öffentlich bekannt zu machen. — Im Uebrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Centralbehörde geregelt.“

1900**) eine höhere Würdigung des Arztes seitens der Gesetzgebung hervorgehe, er tadelt aber mit vollem Recht, dass mit Zustimmung der Centralbehörden in diesem Jahre die Schiedsgerichte eigenmächtig, ohne die ärztlichen Standesvertretungen zu hören, die ärztlichen Sachverständigen ausgewählt hätten. Es seien dabei fast ausschliesslich Medizinalbeamte als Sachverständige berufen worden; das sei eine ganz ungerechtfertigte Bevorzugung, da die besten Gutachter in der Arbeiterversicherung diejenigen Aerzte seien, die täglich durch sie, vor allem als Kassenärzte, beschäftigt seien. Der Referent verlangt überhaupt, dass das Gutachterwesen nicht zum Monopol einzelner weniger Aerzte gemacht, sondern dass von Fall zu Fall ein Arzt bestimmt, eine Art freier Arztwahl auch hierbei eingeführt würde; er spricht dabei den von ihm oft schon geäusserten Wunsch aus, dass eine Trennung der „Gerichtlichen Medizin" von der „Sozialen Medizin" stattfinde; die Bevorzugung der beamteten Aerzte auch in der letzteren erkläre sich vielleicht aus der grösseren Vertrautheit dieser Aerzte mit den Formalien bei Abfassung der Atteste, und es sei deshalb dringend zu fordern, dass die Studirenden der Medizin mit der gesammten Arbeiterversicherung und den durch dieselbe ihnen auferlegten Pflichten vertraut gemacht werden. Es müsse zugegeben werden, dass gegenwärtig recht häufig die Aerzte sowohl in der Form als auch in dem Inhalte des von ihnen in einer Unfallsache verlangten Gutachtens fehlen, wofür Referent zahlreiche Beispiele aus seiner Kenntniss aufführt. Niemals dürfe vergessen werden, dass die Gutachten für Laien bestimmt sind, andererseits sei es auf das Schärfste zu verurtheilen, dass manchmal Laiengutachter aktenmässig eine abfällige, den ganzen Aerztestand tief verletzende Beurtheilung dienstlicher Gutachten sich erlaubt haben und noch schlimmer sei es, dass manchmal Aerzte, um ihre Kenntnisse in helles Licht zu stellen, die ungerechtfertigste Kritik an Gutachten ihrer eigenen Berufsgenossen üben. Sache des begutachteten Arztes in der Unfall- und Invalidenversicherung sei es, nach Möglichkeit zur richtigen Abschätzung der Erwerbsfähigkeit des Rentenbewerbers beizutragen, es sei falsch, dabei human zu handeln und für eine höhere Rente einzutreten, als begründet werden kann, oder dem etwaigen Wunsche der betheiligten Berufsgenossenschaft für eine niedrigere Rente nachzugeben. Ein absolut objektives Urtheil abzugeben ist strengste Pflicht des ärztlichen Gutachters überall, wo er ein Gutachten abgeben soll! Der Referent fasste seine Ausführungen in die nachfolgenden Leitsätze zusammen: „1. Die in § 69 des G.-U.-V.-G. (Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetzes) vom 30. Juni 1900 enthaltene Bestimmung, gemäss welcher „der behandelnde Arzt" bei Ablehnung der Entschädigung oder Gewährung einer Theilrente „zu hören ist", kann nur so aufzufassen sein, dass die betreffende Berufsgenossenschaft ihn zur gutachtlichen Aeusserung zu ersuchen hat. 2. So lange nicht allen Aerzten auf der Hochschule und im praktischen Jahre die genügende Ausbildung in der Begutachtung und Behandlung Unfallverletzter und Invalider zu Theil wird, sind zu Sachverständigen bei den Schiedsgerichten der Arbeiterversicherung nur solche Aerzte — ohne Rücksicht auf amtliche Stellung — zu wählen, welche auf diesem Gebiete genügend wissenschaftliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen erworben haben. 3. Als „Obergutachten" sind nur solche Gutachten zu bezeichnen, die zur Schlichtung von wesentlichen Meinungsverschiedenheiten der Vorgutachter nothwendig werden. 4. Den Aerzten wird vom Deutschen Aerztetage dringend ans Herz gelegt, durch sorgfältige Ausstellung ihrer Gutachten in einer nach Form, Inhalt und Beweisführung für Rentenzahler und Richter verständlichen Weise ihrerseits jeder Veranlassung zur Klage und zur Missachtung ihrer Zeugnisse den Boden zu entziehen. 5. Die abfällige Beurtheilung, welche die ärztlichen Gutachten bisweilen in Invalidensachen durch Laiengutachter (untere Verwaltungsbehörde) erfahren, ist verletzend für die Aerzte und erschwert deren Mitwirkung bei der Begutachtung Invalider. Es ist Pflicht der Versicherungsanstalten und Aufsichtsbehörden, die Laiengutachter auf diese Ungehörigkeit hinzuweisen.

O. M.

**) Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Theilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

(D. med. Woch.).

Sitzung vom 11. Februar 1901.

Herr **Körte:** Stichverletzung durch die linke Thoraxwand, Lunge, Zwerchfell in die Milz. Heilung.

Ein $14\frac{1}{2}$ jähriger Junge ist von einem Betrunkenen gestochen worden. Der Einstich findet sich links im 10. Zwischenrippenraum in der hinteren Achsellinie. Im Uebrigen findet sich Luft im Brustfellraum und starke Bauchdeckenspannung, weder Blutung aus der Wunde noch Blutauswurf beim Husten.

Ueber Nacht liess der Shok nach, aber es trat Fieber ein. Nunmehr wurde die zehnte Rippe zum Theil entfernt, man fand den Wundverlauf wie oben angegeben. Die Milz lag mit der verwundeten Stelle dem Wundspalt im Zwerchfell an. Milz und Zwerchfell wurden genäht, es erfolgte glatte Heilung.

Derselbe: Verletzung der Arteria axillaris durch Schulterluxation. Arteriennaht. Nachblutung. Unterbindung.

Ein ältlicher Mann zog sich durch Sturz von einem Gerüst eine gewöhnliche Verrenkung des Oberarms unter den Rabenschnabel zu, die in Narkose eingerenkt wurde. Darauf schwoll die Schulter enorm an, der Arm verlor seine Empfindungs- und Bewegungsfähigkeit. Wegen drohenden Hautbrandes wurde am nächsten Tage eingeschnitten. Es fand sich ein durch Ausreissen eines Astes entstandenes Loch in der Wand der grossen Achselschlagader. Das Loch wurde genäht. An den Jodoformverband schloss sich ein Eczem, an dieses eine Wundrose an, und am 21. Tage nach der Naht erfolgte eine Nachblutung, die die Unterbindung des Gefässes nöthig machte. Hautbrand, Knochennekrosen und Lähmungen haben sich daran angeschlossen, die noch Eingriffe nothwendig machten. Aber der Arm bleibt erhalten.

In der Diskussion wussten Rotter und Körte über Misserfolge, Israel über Erfolge bei Arterien- und Venennähten zu berichten.

Herr **Horneffer:** Subkutane Ruptur der linken Arteria subclavia.

Einem Manne in mittleren Jahren reisst ein Schwungrad die linke Hand nach oben und schleudert sie auf der andern Seite wieder herunter.

Das rechte Schlüsselbein ist gebrochen, die rechte Hand verstaucht. Links ist das Schlüsselbein am Schulterende abgerissen. Die Grube darüber ist ausgefüllt, statt der unteren findet sich eine Vorwölbung, die Haut darüber ist blau verfärbt, pulsirt aber nicht. An den grossen Gefässen des linken Arms fehlt der Puls. Trotzdem sind die Hände gleich warm, von den Nerven ist nur der Ulnaris mit seinen Gefühlsfasern geschädigt. Die Verletzung heilte ohne Eingriff, ohne Aneurysma-

bildung. Der Puls in den grossen Gefässen stellte sich unvollkommen wieder her.

Derselbe. Fractura completa cranii dextra mit Gehirnverletzung und Sprachstörung.

Der Verletzte ist ein junger Mann, dem ein Fahrstuhl auf dem Kopf gefallen ist. Im Bereiche der Centralwindungen ist ein grosses Knochenstück ins Gehirn eingepresst. Aus einer äusseren Wunde quillt Hirnmasse. Es besteht Bewusstlosigkeit, linksseitige Lähmung. Das Knochenstück wird entfernt.

Am nächsten Tage ist das Bewusstsein fast frei. Die Sehnenreflexe fehlen. Die Hautempfindung ist links ebenfalls stark herabgesetzt. Es bestehen Sprachstörungen.

Es bildet sich ein birnengrosser Gehirnvorfall, der in Monaten völlig zurückgeht. Schliesslich bleibt eine unvollkommene Lähmung des linken Beins mit Kontrakturen und starker Ataxie, eine Lähmung des linken Arms in Kontrakturstellung, eine leichte linksseitige Gesichtsmuskelschwäche und eine Sprachstörung zurück.

Herr **Brentano.** Ueber Bauchkontusionen.

In Fällen, in denen Magen und Darm nicht wirklich verletzt sind, findet man manchmal dennoch dieselben Reizerscheinungen von seiten des Bauchfells, wie sie durch Austritt von infektiösen Stoffen in die Bauchhöhle bewirkt werden. Dies kann entweder durch Quetschungen des Darms oder durch Blutungen aus den grossen Drüsen bezw. aus den Gekrösadern in die freie Bauchhöhle oder endlich durch Blutungen hinter das Bauchfell zu Stande kommen. Dass gerade letztere diese Erscheinungen hervorrufen, erklärt B. 1. durch das meist gleichzeitige Vorhandensein von Laesionen innerhalb des Bauchfells, 2. durch den Reiz des ergossenen Blutes auf die Nervengeflechte u. s. w., 3. durch Ernährungsstörungen innerhalb des weithin abgehobenen Bauchfells und der davon überzogenen Theile, 4. durch eine Giftwirkung des aufgesogenen Blutes. Er führt zwei einschlägige Fälle an.

Ein 22jähriger Mann wird von einem schweren Kohlenwagen über den Leib gefahren. Der Harn ist blutig. Das Leerbleiben der einmal entleerten Blase trotz reichlicher Flüssigkeitszufuhr bei Auftreibung des Leibes führt zur Annahme einer Blasenverletzung. Die aufgeschnittene Blase lässt aber keine Beschädigung erkennen. Bei Eröffnung der Bauchhöhle findet sich auch hier ausser Quetschungsspuren nichts Besonderes. Dagegen erstreckt sich hinter dem Bauchfell ein grosser Bluterguss vom Becken aufwärts. Unter leichtem Fieber (Resorptionsfieber?) und einem am 16. Tage einsetzenden Auftreten von Blutfarbstoff im Harn erfolgt Heilung.

Ein 38jähriger Arbeiter erhält einen Hufschlag in die linke Seite des Leibes. Die Erscheinungen sind ähnlich wie bei dem erstgeschilderten Falle. Jeder Eingriff wird zunächst abgelehnt. Als nach drei Tagen ein als Ergebniss einer Bauchfellentzündung aufgefasster Erguss im Bauche nachweisbar ist, wird der Bauchschnitt ausgeführt. Statt der Bauchfellentzündung findet sich ein Bluterguss hinter dem Bauchfell von der linken Niere bis zur Blase, dasselbe wird extraperitoneal drainirt. Ausser einer Blasenlähmung und einer Kothfistel von einer schon vorher verdächtigen Darmstelle aus bildet sich eine Chylusfistel in der Drainwunde, die täglich 200—300 ccm Chylus liefert. Wahrscheinlich ist eine der Wurzeln des Brustgangs zerrissen. Diese letztere Fistel trotzt allen ärztlichen Bemühungen. Die Kothfistel und die Blasenlähmung sind geheilt.

Sitzung vom 11. März 1901.

Herr **Merkens:** Hirnkomplikationen nach Otitis.

a. Fraktur des Felsenbeins mit Otitis purulenta. Die akute eitrige Mittelohrentzüng folgte nach 14 Tagen einem Felsenbeinbruch, der durch Sturz vom Wagen entstanden war. Es wurde sofort aufgemeisselt. Die mit Eiter erfüllten Höhlen waren nur durch ein bereits gelockertes Knochenstück, das bei dem Eingriff entfernt wurde, von der harten Hirnhaut getrennt. Ohne die Operation wäre der Verletzte voraussichtlich verloren gewesen.

b. Sinusphlebitis und multiplen Eiterungen in anderen Körpertheilen.

Herr **Körte:** Abreissung der Quadricepssehne von der Kniescheibe-Naht.

Die Sehnenabreissung erfolgte bei dem 54jährigen Manne seltsamer Weise durch einen Hufschlag gegen das Knie. Mit Röntgenstrahlen wurde die Unversehrtheit der Knieschneibe festgestellt. 12 Tage nach der Verletzung wurde die Sehne blosgelegt und angenäht. K. vermuthet, dass der Hufschlag die durch Beugung des Knies gespannte Sehne dicht über der Kniescheibe getroffen hat.

In der Diskussion spricht Herr Israel sich dahin aus, dass eine krankhafte Veranlagung der Sehne zu ihrer Zerreissung nothwendig ist. Herr Hahn machte in drei Fällen Stoss auf die gespannte Sehne verantwortlich. Weitere Erfahrungen theilen Herr Sonnenburg und Herr Zeller mit. Schliesslich berichtet Herr Israel über eine Abreissung der vereinigten Sehnen des Semitendinosus und Semimembranosus vom Sitzknorren bei einem alten Herrn. Nur eine geringe Unsicherheit beim Gehen war die Folge.

Herr **Langenbuch:** Ueber die chirurgische Behandlnng der allgemeinen Peritonitis.

L. empfiehlt Incisionen nach der Scheide oder dem Mastdarm zu und Durchspülungen der Bauchhöhle von hier aus mittelst eines Drainrohres, während der Kranke aufgerichtet wird. Er stützt sich auf fünf geheilte Fälle.

In der Diskussion sprechen sich die Herren Israel, Körte, Rotter, Hahn und Olshausen theils über die Heilergebnisse bei der allgemeinen Bauchfellentzündung überhaupt, theils über Spülungen mehrweniger skeptisch aus. Herr Sonnenburg empfiehlt die von ihm geübte breite Tamponade, die ihm 60 Prozent Heilungen gebe.

Herr **Löhlein:** Multiple Fremdkörper durch Laryngofissur entfernt.

Bei einem Kinde, das wegen vermeintlicher Diphtherie tracheotomirt worden war, wurde, als die Kehlkopfverengerung andauerte, und als bekannt wurde, dass das Kind beim Essen erkrankt war, der Kehlkopf geöffnet. Er enthielt sechs Knochenstückchen.

Sitzungsbericht der I. Generalversammlung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte für den Direktionsbezirk Altona

am 15. Mai 1901, 1 Uhr Nachmittags im Direktionsgebäude zu Altona.

Vorsitzender: Waechter-Altona, Schriftführer: Wegner-Hamburg. Anwesend 48 Mitglieder, von der Direktion nahmen Theil Herr Regierungsrath Krancke, Herr Regierungs-Assessor Warsitz.

1. Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung durch einige Vereinsmittheilungen; es seien von 126 Bahn- und Kassenärzten des Bezirkes 110 dem Verein bis jetzt beigetreten.

2. Ferner erstattet derselbe Bericht über die Sitzung des Ausschusses der deutschen Bahnärzte am 12./13. April 1901 in Berlin, an welcher er Theil genommen hat. Der ausführliche Bericht über diese Sitzung findet sich in der Aerztlichen Sachverständigen Zeitung No. 10. 1901.

Im Anschluss an diesen Bericht beantragt **Dreibholz**-Wils-

nack: dem Delegirten für den Besuch der Ausschusssitzungen Tagegelder zu bewilligen; es werden pro Tag 15 Mark bewilligt.

3. Vortrag des Herrn **Wiemer**-Apenrade: Ueber stumpfe Traumen im Eisenbahnbetriebe. Der Vortrag soll in dieser Zeitschrift in extenso veröffentlicht werden.

4. Regierungs-Assessor **Warsitz** berichtet über Angelegenheiten der Betriebs-Krankenkasse; es bestehe seit zwei Jahren ein Defizit, während früher Ueberschüsse vorhanden gewesen seien. Der Vorstand sei der Ansicht, dass der Grund wenigstens zum Theil in zu reichlichen und theueren Verordnungen einzelner Aerzte, auch von Weinen liege, so habe z. B. ein Arzt allein für 245 Mark Wein verschrieben.

Es wird auch aus der Versammlung heraus den Kassenärzten möglichste Sparsamkeit, Verordnungen nach der Pharmacopoea oeconomica, Benutzung der Handverkaufsartikel, für die in vielen grösseren Orten eine billige Taxe bestände, Reiteraturen sine vitro und Beschränkung der Weinverordnung auf ganz dringende Fälle anempfohlen.

Assessor Warsitz ersucht ferner, der unberechtigten Inanspruchnahme der Kassenleistungen durch Simulanten, Leichtverletzte, Altersschwache und dauernd Erwerbsunfähige entgegenzutreten.

Besonders erwähnt wurden die freiwilligen Milglieder, welche oft monatelang Krankengeld bezögen. Es sei in diesen Fällen sorgfältig zu unterscheiden zwischen Altersschwäche und Erwerbsunfähigkeit und nur dann Krankengeld zu bescheinigen, wenn wirklich eine Behandlung wegen Erwerbsunfähigkeit bedingender Krankheit stattfinde. Endlich theilt Assessor Warsitz mit, dass die Krankenkasse jetzt die Vergütung für geburtshilfliche Leistungen — 15 Mark — nicht nur für die Frauen der Mitglieder, sondern auch für weibliche Mitglieder z. B. Schrankenwärterinnen, Scheuerfrauen u. s. w. bezahle.

Auf eine Anfrage erklärt derselbe, dass weitere Kosten für Geburtshilfe, z. B. für einen nothwendig werdenden zweiten Arzt, von der Kasse gemäss den Satzungen nicht getragen werden könnten, sondern den Kassenmitgliedern zur Last fallen müssten.

In der Diskussion spricht Keck-Langenfeld den Wunsch aus, dass die Gutachten der Aerzte, in denen der Verdacht der Simulation oder Uebertreibung ausgesprochen sei, den Betreffenden nicht Wort für Wort bekannt gegeben werden möchten, weil daraus den Aerzten, besonders in kleinen Orten, mit Sicherheit ein bedeutender persönlicher Nachtheil erwachse.

Herr Regierungsrath Krancke hält die Bekanntgabe für erforderlich auf Grund des Gesetzes über Unfall-Fürsorge von 1887, nach welchem den Beschädigten Gelegenheit gegeben werden müsse, ihre Interessen zu wahren. Dagegen wird bemerkt, dass unter solchen Umständen in vielen Fällen wirklich sachgemässe Gutachten nicht zu erhalten seien.

Regierungsrath Krancke verspricht, die Interessen des begutachtenden Arztes nach Möglichkeit in dieser Angelegenheit im Auge zu behalten.

5. Professor **König**-Altona als Gast spricht über die Versorgung schwerer frischer Wunden.

Der Vortragende gedenkt zuerst der Versorgung von Wunden, vor Allem komplizirter Frakturen in der antiseptischen Zeit, wo die energische Desinfektion durch Berieselung mit antiseptischen Lösungen die Hauptrolle spielte. Allmählich erschienen Zweifel gegen ihre Wirksamkeit, welche ihren extremsten Vertreter in Schimmelbusch fanden, der nach seinen Thierversuchen jede Desinfektion der Wunde für unmöglich erklärte. Erst Friedrich brachte durch natürlichere Anordnung der Versuche die Erfolge mehr in Einklang mit der Praxis: in den ersten sechs Stunden konnte er auch bei sehr virulenter Infektion durch Herausschaffen des Infektionsmaterials und breite Offenhaltung der Wunde die Thiere retten. Wenn Henle und Messner dies mit Karbolspülung und Karbolgaze erreichten, so waren seine Versuche ohne jedes Desinfiziens gelungen und deshalb dafür beweisend, dass die physikalische Therapie das Massgebende war: die mechanische Entfernung des Schmutzes, die breite Offenhaltung der Wunde.

Unser Verfahren besteht 1. aus der eigenen Händedesinfektion. Wo Lebensgefahr eiligsten Eingriff fordert, könnte man, um doch etwas zu thun, sterilisirte Stoffhandschuhe anziehen. Sonst Heisswasser, mehrfach erneuert, Seife, Bürste; Sublimatabreiben. Eventuell auch Seifenspiritus fünf Minuten, dann Sublimat. Marmorseife ist zu verwerfen.

2. Nach gleicher Reinigung der Wundumgebung wird mit aseptischem Material an die Wundversorgung gegangen. Bei der Blutstillung kann heut ausnahmsweise die Gefässnaht in Frage kommen, z. B. an der Schenkelvene, hoch oben am Schenkelbogen. Sonst Catgutunterbindung. Dann wird, ohne Berührung mit den Fingern, die Wunde gereinigt, die zerrissenen Ränder excidirt, der Schmutz entfernt, ohne Spülung eventuell mit Pincette und Scheere. Alle Taschen werden mit Haken zugänglich gemacht und breit auseinander gedrängt durch eingelegte Gaze. Hier kann Jodoformgaze genommen werden, sie hemmt die Bakterienentwickelung dauernd und beschränkt Blutung und Sekretion. Sie deckt auch die benachbarte Haut, um hier das Auswachsen von Keimen zu verhüten. Als Verband kommen über die Wunde nur gut absaugende Stoffe, ja nichts impermeables, sie muss „abdunsten"; die Blutzufuhr wird möglichst gehemmt durch Schienung und Suspension des verwundeten Gliedes.

Ausser eigenen Erfahrungen erwähnt K. den Bericht über 73 so behandelte komplizirte Frakturen aus der Hallenser Klinik (Franke). 15 waren bereits infizirt, bei 4 oder 5 kam die Infektion erst nach der Aufnahme zum Ausbruch. Einer starb, mit schwer infizirter Oberschenkelfraktur eingeliefert, drei wurden wegen Phlegmone und Gangrän amputirt, heilten; die übrigen genasen mit Heilung der Fraktur, 54 mal war der Verlauf aseptisch.

Auf grosse Wunden an allen Körpertheilen wird das Verfahren gut angewendet; Zerreissungen am Damm, Nierenzerreissung, Lungenverletzung, Bauchverletzungen. Die Vortheile liegen darin, dass man, wenn die Zeit der Infektionsgefahr (circa zwei Tage) vorübergeht, jeder Zeit die Naht oder die Verschliessung unter sicheren Bedingungen durchführen kann, welche primär verwerflich ist, wenn aber die gefürchtete Infektion eintritt, so ist, wie überhaupt für jeden sekundär nothwendigen Eingriff, das Terrain übersichtlich gehalten, um weitere Incisionen zu machen, und der schwersten Gefahr, der Retention infektiösen Materials, kann vorgebeugt werden.

6. **Mordhorst**-Blankenese: Ueber Honorarverhältnisse der Bahn- und Kassenärzte.

Der Vortragende behauptet, dass die Honorarverhältnisse eines sehr grossen Theils der Bahn- und Kassenärzte derartig dürftige seien, dass eine Besprechung derselben gleich auf der ersten Generalversammlung des neugegründeten Vereins nothwendig erscheine. Den Bestrebungen einzelner Bahn- und Kassenärzte, ihre Lage aufzubessern, werde seitens der Direktion und der Betriebskrankenkasse nicht das nöthige Verständniss entgegengebracht, es sei daher nothwendig, dass von Vereinswegen versucht werde, eine Besserung herbeizuführen. Redner hat eine Umfrage unter den Vereinsmitgliedern gehalten und daraus einen Ueberblick gewonnen über die Lage von 52 Bahn- und 55 Kassenärzten. Die Honorare der Kassenärzte sind ausserordentlich verschieden (8 erhalten ein Pauschquantum von 4,50, 12 von 5, 7 von 6 M. pro Mitglied, 14 erhalten 9 M. für den Verheiratheten, 3 M. für den Ledigen, 5 bekommen 9 resp. 4 M. und je einer 10 resp. 3 und 6 resp.

3 M.) Redner betont, dass wenn statt des ursprünglich unterschiedlichen Satzes von 9 und 3 M. ein gemeinschaftlicher gewählt werden sollte, derselbe höher als der Durchschnitt gesetzt werden musste, nicht auf 4,50 bis 6 M., sondern auf 8 M., denn es sei erwiesen, dass bei weitem die grösste Zahl der Arbeiter verheirathet sei und Angehörige hätte, die dem Arzt viele Arbeit machten, während der unverheirathete Arbeiter relativ geringe Ansprüche stellte. Allgemein sei ferner die Klage darüber, dass die Betriebskrankenkasse keine Fuhrgeldentschädigung gewähre. Die Bahnfreifahrtkarte könnte als solche nicht gelten, denn sie sei in ländlichen Distrikten vielfach garnicht zu verwenden. Der Landarzt sei vielfach allein auf Fuhrwerk angewiesen, auch handle es sich bei Betriebskrankenkassenmitgliedern sehr häufig um Extratouren, da die Bestellungen meist nicht in der Sprechstunde, sondern erst am Nachmittag oder Abend einliefen. So komme es, dass mancher Arzt im Winter mit dem gesammten Kassenhonorar kaum seine verauslagten Wagengelder decken könne. Von den 55 Aerzten können nur 11 (meist mit bessen Sätzen und leicht erreichbarer Praxis) die Minimaltaxe erreichen, 7 geben an, kein Urtheil über Verhältniss von Arbeit und Einnahme zu haben und 37 geben bestimmt an, die Minimaltaxe auch nicht annähernd erreichen zu können. Mehrfach vorliegende Statistiken ergeben bei bescheidenster Berechnung 27—40 Prozent der Minimaltaxe. — Die Leistungen der Bahnärzte seien noch vielseitiger wie die der Kassenärzte. Redner selbst erhielt für 50 bis 53 meist verheirathete, über 7 Stationen vertheilte Beamte, 240 bis 270 Mark, also jährlich circa 5 Mark für die Beamtenfamilie, wenn man die ganze vertrauensärztliche Thätigkeit ohne irgend welches Entgelt rechnet. Mit der Fuhrkostenentschädigung liege es bei der Bahn genau so wie bei der Betriebskrankenkasse; für Untersuchungen, Gutachten, Samariterkurse, Rettungskastenrevisionen etc. werde gleichfalls garnichts bezahlt. Von 52 Bahnärzten geben 26 an, die Minimaltaxe nicht erreichen zu können, 7 haben kein Urtheil darüber und 19 geben an, annähernd auf die Minimaltaxe zu kommen; diese letzteren erhalten durchweg 10 Mark pro Beamtenfamilie. — Redner weist auf die Erfolge hin, welche die Bahn- und Kassenärzte an den sächsischen Staatseisenbahnen errungen haben. Auch in den übrigen Bundesstaaten und ebenso in den meisten preussischen Direktionsbezirken sind die Aerzte besser gestellt wie im Direktionsbezirk Altona. Redner empfiehlt folgende Anträge an die Direktion und den Vorstand der Betriebskrankenkasse zu stellen: Den Bahn- und Kassenärzten

1. Entweder (wie an den sächsischen Staatseisenbahnen) die Einzelleistung nach zu vereinbarenden Sätzen zu honoriren oder, wenn Pauschalzahlung vorgezogen wird, diese gegenüber der jetzt bestehenden durchweg zu erhöhen.

2. Auf jeden Fall eine Vergütung der Fahrkosten von zwei Kilometer an eintreten zu lassen, und

3. eine besondere Entschädigung zu leisten für die Untersuchung und Begutachtung bei Ersteinstellung von Arbeitern.

Waechter-Altona theilt mit, dass der Ausschuss des Verbandes deutscher Bahnärzte eine Erhöhung der bahnärztlichen Honorare bei dem Herrn Minister befürwortet habe und dieser erklärte, diese Angelegenheit sei nicht central, sondern von den einzelnen Direktionen zu regeln. Darauf habe der Vorsitzende des Ausschusses an sämmtliche preussischen Direktionen das Ersuchen gerichtet, die zu niedrigen Honorare der Bahnärzte aufzubessern. Es sei bedauerlich, dass dieser Ruf ungehört verhallt sei und der anwesende Vertreter der Direktion von der Angelegenheit überhaupt nichts wisse. Jetzt erwachse dem Verein, der nach wie vor in erster Linie wissenschaftliche Interessen verfolgen wolle, geradezu die Pflicht, zu der Honorarfrage Stellung zu nehmen und sich der wirthschaftlich bedrängten Mitglieder anzunehmen.

Redner giebt dann eine Uebersicht über die in 14 preussischen Direktionsbezirken, sowie in Sachsen und in Süddeutschland bezahlten Gehälter. Altona stehe in Preussen fast an letzter Stelle. Besonders unbillig sei die hartnäckige Verweigerung einer Entschädigung für Fuhrkosten seitens der preussischen Verwaltungen. Er empfiehlt die Annahme der Mordhorst'schen Anträge und schlägt für die Kassenärzte ein Pauschalhonorar von nicht weniger als 6 Mark, für den Bahnarzt nicht weniger als 8 Mark pro Kopf vor, ausser einer Fuhrkostenentschädigung für entfernt Wohnende. Nach Analogie der meisten übrigen Direktionsbezirke sei die Forderung einer Bezahlung der Arbeiteruntersuchungen mit einer Mark nicht unbillig.

In der Diskussion vermisst Dreibholz-Wilsnack die einheitlichen Gesichtspunkte in der Honorirung seitens der Direktion; es sei nicht einzusehen, weshalb zwei dicht bei einander wohnende Aerzte verschieden honorirt würden. Reg.-Rath Krancke erklärt die Verschiedenheiten aus der historischen Entwickelung, in Direktionsbezirke befänden sich nicht weniger als 5 frühere Privatbahnen, ausserdem seien die Verträge mit den Aerzten früher nicht von der Direktion, sondern von den einzelnen Betriebsinspektionen nach den jeweiligen lokalen Forderungen abgeschlossen, ausserdem seien die Lebensbedingungen in dem langgestreckten Bezirk, der von der dänischen Grenze bis nach Berlin reiche, ausserordentlich verschieden, im Norden z. B. anerkannt theuer. Die Verwaltung stehe deshalb auf dem Grundsatz, mit den einzelnen Herren Verträge abzuschliessen und könne aus fiskalischen Gründen ihrerseits eine freiwillige Erhöhung nicht eintreten lassen.

Den gleichen Standpunkt nimmt Ass. Warsitz als Vertreter der Betriebskrankenkasse ein, die noch nie Schwierigkeiten bei der Neubesetzung von Kassenarztstellen gehabt habe. Aus der Versammlung heraus wird getadelt, dass man die Leistungen der Krankenkassen erhöht habe von 26 auf 39 Wochen, ohne die Honorirung der Aerzte zu erhöhen, ja sogar ohne eine Anfrage bei den Aerzten.

Die Abstimmung über die Mordhorst'schen Anträge mit dem von Waechter vorgeschlagenen Zusatze ergiebt einstimmige Annahme derselben.

7. Als Ort für die nächste Versammlung wird Kiel gewählt. Schluss der Sitzung $4^3/_4$ Uhr. Waechter.

General-Versammlung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte im Bezirk der Kgl. Eisenbahn-Direktion Kattowitz.

am 19. Mai 1901 in Slawentzitz.

Anwesend waren 27 Bahn- und Kassenärzte. Der Vorsitzende Sanitätsrath Dr. Rinke eröffnet die Sitzung um 3 Uhr, begrüsst die anwesenden Kollegen und theilt mit, dass von den 64 Bahn- und Kassenärzten des Bezirks 56 dem Verein angehören; 5 erst vor Kurzem als solche angestellt wurden zum Beitritt aufgefordert, während 3 denselben abgelehnt haben. Ferner wird mitgetheilt, dass der Kollege Pyrkosch und Schauschor aus Anlass ihres Ausscheidens aus dem Amte in Anerkennung ihrer langjährigen Thätigkeit als Bahn- und Kassenärzte auf Antrag der Kgl. Eisenbahn-Direktion der rothe Adlerorden IV. Klasse durch Allerhöchste Gnade verliehen worden ist. — Zum ehrenden Andenken an den verstorbenen (bei der Insel Rügen verunglückten) Kollegen Krause-Neustadt O.-S. erhebt sich die Versammlung von ihren Plätzen.

Kassenstand: Bestand am 1. April 1900; 245,62 Mark, dazu laufende Einahme von 181,35 Mark = 426,97 Mark; Ausgabe 124,47 Mark, somit Bestand am 19. Mai 1901: 302,50 Mark,

wovon 298,43 Mark in der Sparkasse angelegt sind. Die Rechnungsführung wurde von den Kollegen Gursky und Hampel geprüft, für richtig befunden und auf deren Antrag dem Kassenführer Entlastung ertheilt. Aus der Vereinskasse wird einem zweiten Vertreter zu den Ausschusssitzungen der deutschen Bahnärzte eine Reisekostenentschädigung gewährt.

Aus dem Bericht des Kollegen Rinke über die im April dises Jahres in Berlin stattgehabte Ausschusssitzung ist hervorzuheben, dass nunmehr die auf dem Bahnärztetage zu berathenden Gegenstände durch den zu bildenden Geschäftsausschuss vorher den einzelnen Vereinen zur Vorberathung übermittelt werden. Letzteren ist es natürlich unbenommen, auch ihrerseits Berathungsgegenstände vorzuschlagen. Es soll in Zukunft vermieden werden, dass einzelne Vereine bei ihren Direktionen Anträge von allgemeinem Interesse stellen, zu welchen die anderen Vereine noch keine Stellung haben nehmen können.

Die von der Kgl. Eisenbahn- Direktion beabsichtigte Ueberweisung von Verbandmaterial an Bahnärzte für die in der Sprechstunde den Bahnbeamten anzulegenden Verbände wird, da das geforderte Getrennthalten des Verbandmaterials für Bahnbeamte, für Bahnarbeiter und für Mitglieder sonstiger Krankenkassen ohne gleichzeitige Lieferung von Verbandkästen auf kaum überwindliche Schwierigkeiten stossen würde, für nicht erwünscht erachtet.

Es findet nun ein lebhafter Meinungsaustausch über verschiedene bahn- und kassenärztliche Angelegenheiten statt, welche jedoch, weil nicht auf der Tagesordnung stehend, einer Beschlussfassung nicht unterzogen werden können und evtl. auf die Tagesordnung der nächsten General-Versammlung, welche im Mai 1902 in Neisse stattfindet, gesetzt werden sollen.

Bei der Neuwahl des Vorstandes werden die bisherigen Mitglieder desselben durch Zuruf wiedergewählt: Rinke Vorsitzender, Tracinski dessen Vertreter, Koziol Schrift- und Kassenführer, Kaempfer dessen Vertreter, Kratzert, Kühn und Staub Beisitzer.

Nach dem um $5^1/_2$ Uhr erfolgten Schlusse der Sitzung fand ein gemeinschaftliches Mahl statt, an welchem auch Damen der Vereinsmitglieder in grösserer Zahl Theil genommen haben.

Koziol.

Verein der Bahn- und Bahnkassenärzte für den Eisenbahn-Direktionsbezirk Frankfurt a. M.

Generalversammlung am 2. Juni 1901, Vormittags $11^1/_2$ Uhr zu Coblenz (Goerresbau).

Anwesend sind 35 Mitglieder; als Vertreter der Königl. Eisenbahn-Direktion Herr Regierungs-Assessor Drescher.

I. Nach Begrüssung der Anwesenden berichtete der Vorsitzende Kaess-Hofheim im Anschluss an den Bericht in der Aerztl. Sachverständigen-Zeitung, No. 10, 1901, S. 212—214 über die Verhandlungen des Ausschusses Deutscher Bahnärzte am 12/13. April zu Berlin.

II. Hierauf erörterte Medizinalrath Weckerling-Friedberg die Möglichkeiten, bei der Krankenkasse Verminderung der Unkosten zu erzielen. Zur Ersparung bei den Betriebskosten der Krankenkassen würden die Kassenärzte am meisten beitragen: 1. wenn sie beim Verschreiben die allgemein anerkannten Regeln der billigen Arzneiverordnung stets beobachteten, 2. wenn sie insbesondere die im Handverkauf erhältlichen Arzneimittel nicht in Rezeptform verordneten, 3. wenn die Kassenmitglieder regelmässig dazu angehalten würden, die leeren Arzneigefässe bei Wiederholungen mit zur Apotheke zu bringen. In Form einer Erklärung der Versammlung an die Kgl. Eisenbahn-Direktion, welche die Frage nach Verminderung der Unkosten zur Aeusserung dem Vorstande, event. zur Erörterung in der General-Versammlung übermittelt hatte, wurden diese Sätze mit nachfolgender Erläuterung, welche einen Widerspruch gegen die Form des zweiten Satzes erledigte, angenommen: Die Kgl. Eisenbahn-Direktion könne die Verbilligung der Handverkaufsartikel dadurch erreichen, wenn dieselbe durch Vertrag mit sämmtlichen Apotheken vereinbarte, dass die Handverkaufsartikel in allen Fällen und in jeder Verschreibweise, einerlei ob lateinisch oder deutsch verordnet, ob nach Gewicht oder Geldbetrag, sowie auch mit einer Signatur versehen, nach der Handverkaufstaxe berechnet werden müssten. In ähnlicher Weise sei als gutes Beispiel schon die grosse Ortskrankenkasse Frankfurt vorgegangen. Eine weitere Frage, ob die Apotheker berechtigt seien, bei Verordnung von Mitteln, deren gebräuchlichste Bezeichnung gesetzlich geschützt ist, und bei Anwendung der geschützten Bezeichnung statt der in der Pharmakopoe vorgesehenen synonymen Benennung (z. B. Antipyrin = Pyrazolon phenyldimethylicum) eine höhere als die für letztere vorgesehene Taxe zu berechnen, veranlasste eine lebhafte Debatte, und blieb die Frage, trotzdem in der Pharmakopoe ausdrücklich die verschiedenen Bezeichnungen als synonym einander gleichgestellt sind, unentschieden.

Eine weitere Anregung der Kgl. Eisenbahn-Direktion, ob die Ueberwachung krankgemeldeter Kassenmitglieder durch besondere Kontrolleure angezeigt sei, fand getheilte Aufnahme, doch dürfte der Versuch der Einführung von Krankenbesuchern immerhin zu empfehlen sein, zumal diese Einrichtung bei anderen grossen Krankenkassen seit Jahren besteht und beibehalten wird.

III. Der dritte Punkt der Tagesordnung entsprach ebenfalls einer Anfrage der Kgl. Eisenbahn-Direktion betr. event. Ausrüstung der Rottenführer mit Verbandmaterial. Nachdem sich der Vorstand des Vereins für eine, wenn auch möglichst vereinfachte Ausrüstung der Rottenführer ausgesprochen, glaubte derselbe das Thema nochmals in der General-Versammlung zur Verhandlung bringen zu sollen. Kaess-Hofheim referirte und legte zugleich ein Modell vor, bestehend in einer viereckigen Blechbüchse in den Dimensionen von 24 : 16 : 8 Centimeter vor, welche mittelst Riemen umgehängt getragen werden kann. Dieselbe enthält 1. eine Trikotschlauchbinde, 2. ein Packet Sublimatmull à 1 Meter, 3. u. 4. zwei Packete Sublimatmull in Läppchen, 5. u. 6. zwei Packete Verbandwatte à 25 Gramm, 7. eine Callicobinde, 10 Centimeter breit, 8. u. 9. zwei Callicobinden von 6 Centimeter Breite. 10. eine Mitella, 11. eine Schachtel Sicherheitsnadeln, 12. eine Scheere.

Dieses Material wird von der Büchse leicht aufgenommen und ist rasch und bequem aus- und einzupacken. Da wegen des Mitführens auf der Strecke auf die Einwirkung der Witterungseinflüsse Rücksicht zu nehmen ist, musste statt einer bequemeren Ledertasche die Blechbüchse gewählt werden. Da ferner ein tadelloser aseptischer Verband von Verletzungen auf der Strecke nicht auszuführen ist, so soll derselbe nur als Nothverband dienen und dürfte es sich nur darum handeln, dass die Verletzungen in ihrem Entstehungszustande in die Behandlung der Aerzte kommen und zunächst vor weiterer Beschmutzung und Infizirung, wie solches seither leicht und oft z. B. durch Umbinden verunreinigter Taschentücher geschah, bewahrt bleiben. Eine Mitnahme antiseptischer Flüssigkeit ist daher zwecklos und würde das Gewicht der Verbandbüchse, welche sammt Inhalt 1000 Gramm wiegt, unnöthig verdoppeln; für angedeuteten Zweck genügt ein trockener Verband mit Sublimatmull. Grössere Verletzungen auf der Strecke sind erfahrungsgemäss äusserst selten, und sollen für

diese die benachbarten Stationen sowie der Arzt herangezogen werden, weshalb sie auch bei der Zusammensetzung des Materials unberücksichtigt bleiben konnten. Nur um einer durch Zeitverlust bedingten Gefahr bei einer grösseren Blutung begegnen zu können, ist zur Abschnürung eine Trikotschlauchbinde aufgenommen worden.

Als Ort für die ordentliche Generalversammlung im nächsten Jahre wurde Bad Homburg vorgeschlagen und angenommen. Kaess.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Bundesamt.

Freie Selbstbestimmung bei Alkoholiker.

Entsch. vom 22. Juni 1901.

Der Weissbinder R. K. war auf Kosten von F. a. M. seit dem 13. Oktober 1899 in der Irrenanstalt zu F. a. M. behandelt worden; sein Leiden war auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. F. a. M. verlangte Ersatz von W., da K. dort seinen Unterstützungswohnsitz besitze. W. bestritt aber, ersatzpflichtig zu sein, da K. seit langer Zeit von W. abwesend sei und dort seinen Unterstützungswohnsitz verloren habe, nachdem er mehrere Jahre ohne öffentliche Unterstützung ausgekommen sei. K. hatte sich schon öfters in der F. Irrenanstalt aufgehalten; auch während der Jahre 1897—99 hatte sich K. dort befunden. Wird der Aufenthalt an einem Orte unter Umständen begonnen, durch welche die Annahme der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes ausgeschlossen wird, so beginnt der Lauf der Frist für den Erwerb bezw. Verlust des Unterstützungswohnsitzes nach dem Gesetz vom 6. Juni 1870 erst mit dem Tage, an welchem diese Umstände aufgehört haben. Die Zeit eines Zwangsaufenthaltes im Gefängniss oder Irrenhause bleibt bei Berechnung der zweijährigen Frist ausser Betracht. W. behauptete nun, dass K. sich in der Irrenanstalt als freier Arbeiter von 1897—99 aufgehalten habe und der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes nicht beraubt gewesen sei. F. a. M. war entgegengesetzter Ansicht und stützte sich auf ein Gutachten des dirigirenden Arztes der Irrenanstalt. Dieser hatte erklärt, der Zustand des K. hatte sich 1897 derart gebessert, dass er entlassen werden konnte; er blieb aber auch fernerhin in der Anstalt als Arbeiter, weil er ausserhalb derselben bald rückfällig werden würde. K. habe selbst erklärt, er hätte das Gefühl, er könne sich ausserhalb der Anstalt nicht halten und werde durch reichlichen Genuss alkoholischer Getränke wieder krank werden. Demnach nahm der Arzt an, dass K. auch von 1897—99 nicht die freie Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes besass. Das Bundesamt bestätigte aber die für F. a. M. ungünstige Entscheidung des Bezirksausschusses zu W. und führte aus, es könne nicht angenommen werden, dass K. während der kritischen Zeit der freien Selbstbestimmung bei der Wahl des Aufenthaltsortes entbehrte; nach der Bekundung sei K. aus eigener Entschliessung und im Bewusstsein, dass er ausserhalb der Anstalt rückfällig werden würde, als Arbeiter in der Irrenanstalt in F. a. M. geblieben. Unter diesen Umständen habe K. den Unterstützungswohnsitz in W. verloren.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Verjährung des Rentenanspruchs, auf Grund ärztlicher Gutachten angenommen.

(R. E. vom 12. Oktober 1900.)

Der Kutscher S. hat am 11. März 1899 Entschädigungsansprüche anlässlich eines Betriebsunfalls erhoben, den er im September 1896 in Folge eines Hufschlages, der eine Verletzung der linken Gefässgegend zur Folge hatte, erlitt. Gelegentlich der Unfalluntersuchung hat der Kläger selbst angegeben, er habe gleich heftige Schmerzen verspürt, sich jedoch erst am 7. Januar 1898 in ärztliche Behandlung begeben. Dr. J. habe ihn auf Ischias hin behandelt und erst nach einer Röntgendurchstrahlung im Oktober 1898 sei er nach Rücksprache mit seinen Aerzten auf den Gedanken gekommen, dass seine Beschwerden auf den erlittenen Betriebsunfall zurückzuführen seien. In seinem Gutachten vom 26. Mai 1899 hat Dr. W. demgegenüber bekundet, dass S. bereits bei seiner am 23. April 1898 erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus seine Beschwerden auf einen im September 1896 erlittenen Betriebsunfall zurückgeführt habe. Der klägerische Rentenanspruch ist durch den Bescheid vom 26. Juni 1899, sowohl mangels des erforderlichen Kausalzusammenhanges zwischen den Leiden des Klägers und einem Unfall „beim" Betrieb, als auch wegen Verjährung abgelehnt worden. Hier gegen hat S. Berufung eingelegt. Das Schiedsgericht wies die Berufung aus folgenden Gründen zurück: Es konnte auf sich beruhen bleiben, ob der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall, dessen Vorliegen die Berufsgenossenschaft nicht zu bestreiten scheint, und den klägerischen Leiden genügend nachgewiesen ist, da nach Auffassung des Schiedsgerichtes allerdings die seitens der Berufsgenossenschaft vorgeschützte Verjährungseinrede als durchschlagend erachtet werden musste. Hat nämlich einerseits der Kläger nicht glaubhaft gemacht, dass er an der Geltendmachung seines Anspruches durch ausserhalb seines Willens liegende Umstände abgehalten worden ist, so kann andererseits nach den eigenen Angaben des Klägers und den ärztlichen Gutachten nicht wohl angenommen werden, dass sich die Folgen des Unfalles erst nach Ablauf der zweijährigen Ausschlussfrist geltend gemacht haben. Aber sollte selbst einmal zu Gunsten des Klägers unterstellt werden, erst im Oktober 1898 sei er in die Lage gekommen, anzunehmen, dass seine Beschwerden ursächlich auf den erlittenen Betriebsunfall zurückzuführen seien, so lag doch kein ersichtlicher Grund vor für die Säumniss des Klägers, der erst im März 1899 mit Entschädigungsansprüchen hervortrat.

Gegen diese Entscheidung hat der Kläger Rekurs eingelegt. Er behauptet, dass, weil noch im Januar 1898 Dr. med. J. sein Leiden für ein rheumatisches erklärt habe, die Anmeldung des Unfalles eine rechtzeitige, die Verjährung ausschliessende sei. Nachdem das Reichs-Versicherungsamt noch Erhebungen angestellt hatte, wies es den Rekurs aus folgenden Gründen zurück: Der Kläger ist am 23. April 1895 in das Alte Allgemeine Krankenhaus zu H. aufgenommen worden. Schon bei seiner Aufnahme hat er nach dem Gutachten der Aerzte dieses Krankenhaus vom 19. Juli 1899 angegeben, dass er sein Leiden auf den am 1. September 1896 erlittenen Unfall zurückführe. Der Kläger hätte demgemäss schon damals zur Wahrung der Frist seinen Anspruch anmelden müssen. Wird aber auch zu seinen Gunsten angenommen, dass er die Anmeldung so lange aufschieben durfte, bis ihm durch die ärztliche Behandlung zur Gewissheit wurde, dass sein Leiden kein rheumatisches, sondern ein durch den Unfall hervorgerufenes sei, so steht doch nach seiner eigenen Angabe zur Untersuchungsverhandlung vom 12. April 1899 fest, dass er im Oktober 1898 nach Untersuchung mit Röntgenstrahlen durch die Aerzte den ursächlichen Zusammenhang erfahren hat. Dadurch, dass der Kläger nun noch etwa weitere fünf Monate mit der Anmeldung gewartet hat, hat er sich eine seinen Anspruch ausschliessende Säumniss zu Schulden kommen lassen. Die geistige Niedergedrücktheit, welche sich des Klägers in Folge der heftig auftretenden Erkrankung bemächtigt hat, hat nach dem ärztlichen Gutachten vom 21. Mai 1900 ihn nur die ersten drei Monate nach seiner Aufnahme in das Kranken-

haus verhindert, das zur Wahrung seiner Rechte Erforderliche zu veranlassen. Diese drei Monate waren im Oktober 1898 längst verflossen. Durch Zeugenaussagen kann im Gegensatz zu dem ärztlichen Gutachten nicht dargethan werden, dass der Kläger auch noch zu Anfang des Jahres 1899 geistig verwirrt gewesen ist. Ueberdies spricht gegen diese Behauptung, dass der Kläger, wie vorstehend angegeben ist, den Oktober 1898 selbst als den Zeitpunkt bezeichnet, in dem er zur Klarheit über seinen Zustand gekommen sei. Hiernach war der Anspruch des Klägers als verjährt zurückzuweisen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Sachs, W. Die Kohlenoxydvergiftung in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsärztlichen Bedeutung. Vieweg & Sohn. Braunschweig 1900, gr. 8, 236 S.

Verfasser hat mit grossem Fleiss die weit zerstreute Literatur über die Kohlenoxydvergiftung durchstudirt und sich bemüht, mit objektivem Urtheil und nach eigenem Ermessen der grösseren oder geringeren Wichtigkeit der Einzelforschungen ein Gesammtbild der Kohlenoxydvergiftung nach dem heutigen Stande der Wissenschaft zu liefern. So gut dem Verfasser die Lösung dieser Aufgabe bei der Wiedergabe der klinischen Beobachtungen gelungen ist, so sehr nicht nur die Anordnung sondern auch die Vollständigkeit des Gebotenen im hygienischen und im forensischen Theil anzuerkennen ist, so wenig befriedigen den Leser die theoretischen Kapitel: der chemische Theil, der toxikologisch-physiologische Theil und das mit der Ueberschrift „Theorien" überschriebene Kapitel IV. Hier merkt man, dass Verfasser kein Toxikologe von Fach ist und in einer nicht genügenden, nicht selten auch unrichtig verstandenen Weise nur die Untersuchungen und Befunde Anderer wiedergiebt. Hier fehlt ihm offenbar die nothwendige Kritik, und er stellt die Resultate alter, mit unvollkommenen Methoden ausgeführter Untersuchungen gleichwerthig neben die Errungenschaften der exakten modernen Forschung. So wird auch seine auf Seite 138 und 139 in gesperrtem Drucke niedergeschriebene Hypothese über das Wesen der Kohlenoxydvergiftung gerade auf Seiten der Theoretiker nur wenig Beifall finden.

Indessen ist es für die praktische Verwerthung des Buches vielleicht gerade ein Vortheil, dass der Verfasser, ein Mann aus der Praxis, besonders diejenigen Punkte einer ausführlicheren Besprechung unterzogen hat, welche den Praktiker am Meisten interessiren und dass er andererseits durch seine offenbar mit grösster Mühe angestellte Wiedergabe der Befunde der theoretischen Forschung dem Toxikologen einmal gezeigt hat, wie denn ein denkender Praktiker heute den Lehren der modernen theoretischen Toxikologie gegenüber Stellung nimmt.

So kann denn dieses Buch in doppeltem Sinn von grossem Nutzen sein: einmal giebt es in den für die Praxis wichtigen Kapiteln eine vorzügliche und — abgesehen von dem etwas mageren Abschnitt über die Therapie — auch vollkommen ausreichende Belehrung; andererseits lehrt es den Theoretiker sehr deutlich die Bedürfnisse des Praktikers kennen.

H. Kionka-Breslau.

Fischer, Max. Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge. München 1901. Seitz & Schauer. 41. S. Mk. 1,50.

Die Eigenart der Psychosen gegenüber den rein somatischen Erkrankungen — ihre längere Dauer, ihr Einfluss auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einerseits, auf die Geschäftsfähigkeit anderseits, ihre Einwirkung auf die Stellung des Kranken zu seiner Umgebung — macht es erklärlich, dass die Fürsorge für Geisteskranke nicht nur wesentlich verschieden ist von der für körperlich Kranke, sondern auch viel weiter sich erstrecken muss. Da diese Fürsorge nicht nur im Interesse des Kranken selbst und seiner Familie, sondern auch in dem der Allgemeinheit liegt, da sie zudem für den Einzelnen zu schwer durchzuführen ist, da schliesslich die hierbei zu berücksichtigenden Verhältnisse sehr komplizirt liegen, so ist sie von jeher den öffentlichen Organen des Staates und der Gemeinde zugefallen. So viel aber auch hier bereits geschehen ist, so bleibt doch noch recht viel zu wünschen übrig, insbesondere wenn man erwägt, wie viel und wie weitgehend in den letzten Zeiten für körperliche Kranke gesorgt ist.

Fischer wirft die Frage auf, ob nicht auf anderem Wege Remedur geschaffen werden kann, und er bespricht des Eingehenderen die materielle Fürsorge für die Geisteskranken innerhalb und ausserhalb der Anstalten und für deren Familie, ein ungemein wichtiges Kapitel, dessen praktische Bedeutung jedem, der mit Geisteskranken zu thun hat, tagtäglich vor die Augen tritt. Welche Ziele Verf. sich dabei stellt, wie er sich deren Lösung denkt und vor allem die Beschaffung der hierzu nothwendigen, reichlichen Mittel, wie ein Verein für Irrenfürsorge nach seiner Meinung zusammengesetzt und thätig sein muss, um allen seinen vielen Aufgaben gerecht zu werden, setzt er ausführlich auseinander. Er schliesst die gerade in letzter Zeit viel diskutirte Frage des Arbeitsverdienstes arbeitender Anstaltspfleglinge an. Vor allem vermisst V. bei unseren bisherigen Einrichtungen, deren Vortheile er durchaus nicht verkennt, eine einheitliche Regelung und Organisation des ganzen Unterstützungswesens von Staatswegen, da durch ein derartiges Vorgehen am ehesten eine wirksame und thatsächliche Abhilfe generell für alle Fälle von Hilfsbedürftigkeit garantirt werden könne.

Es ist sicherlich zu wünschen, dass die zahlreichen Vorschläge, die V. mit Geschick und mit einem warmen Herzen für seine Geisteskranken vertheidigt, in massgebenden Kreisen die Beachtung finden, die sie verdienen; noch mehr zu wünschen ist natürlich, dass es nicht nur bei der Beachtung bleibt, sondern dass die Vorschläge zum Wohle unserer Kranken in die That umgesetzt werden. Ernst Schultze.

Brühl-Berlin, Dr. Gustav, Atlas und Grundriss der Ohrenheilkunde. Mit 244 farbigen Abbildungen auf 39 Tafeln nach Originalaquarellen von Maler G. Hammerschmidt. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. A. Politzer in Wien. Band XXIV von Lehmann's „Medicinischen Handatlanten". München 1901. Verlag von J. F. Lehmann. Preis 12 M.

Das Werk soll nach des Verfassers eigenem Ausspruch alles für das elementare Studium der Otologie Wichtige zur Darstellung bringen. Zu diesem Zwecke hat B. den Hauptwerth auf die Abbildung pathologischer Präparate gelegt, dabei aber gleichzeitig das Verständniss derselben durch Darstellung normal anatomischer Präparate zu erleichtern gesucht. Den Tafeln sind Erklärungen beigegeben; ausserdem aber ist dem Bilderatlas ein 264 Seiten umfassender textlicher Grundriss mit weiteren Abbildungen im Texte hinzugefügt.

Der Gedanke, die einzelnen Fächer der Heilkunde durch gute farbige Abbildungen dem Studium zugängig zu machen, ist gerade für das Gebiet der Ohrenheilkunde nicht ganz neu. Um so mehr bietet der Brühl'sche Atlas des Neuen im Einzelnen. Die Ausführung der Bilder ist in den meisten Fällen vorzüglich. Instruktiver würde der Atlas vielleicht noch sein, wenn es möglich gewesen wäre, überall die natürlichen Grössenverhältnisse wiederzugeben. — Der textliche Theil stellt in gedrängter Kürze eine gute Einführung in die Ohren-

heilkunde dar; das gilt besonders von den Abschnitten I—III (Anatomie, Physiologie und Untersuchung des Ohres); im IV. Abschnitt sind einzelne Kapitel wohl etwas zu kurz weggekommen.

Im Grossen und Ganzen hat Verf. den Eingangs erwähnten Zweck mit seinem Buche zweifellos erreicht. Das Werk kann namentlich auch dem ärztlichen Praktiker und dem ärztlichen Sachverständigen als Nachschlagebuch empfohlen werden, wenn er sich schnell über eine Frage aus dem ohrenärztlichen Gebiete durch Wort und Bild orientiren will.

Richard Müller.

Sanitätsbericht über die Kgl. Preuss. Armee, das XII. (Kgl. Sächs.) und das XIII. (Kgl. Württembergische) Armeekorps für den Berichtszeitraum vom 1. Oktober 1897 bis 30. September 1898. — Bearbeitet von der Medizinal-Abtheilung des Kgl. Preuss. Kriegsministeriums. Mit 25 Karten, 7 graphischen Darstellungen und 1 Tafel. Berlin 1901. Verlag von E. S. Mittler und Sohn.

Ein kurzer Hinweis auf den soeben erschienenen neuesten Armee-Sanitätsbericht wird für unsere Leser gewiss von Interesse sein. Der Bericht bildet — mit den früher erschienenen Jahrgängen — ein klassisches Nachschlagewerk auf allen Gebieten der Heilkunde. Von besonderem Werth sind im Hinblick auf die Grösse und Reichhaltigkeit des zu Grunge liegenden Materials die statistischen Angaben, die schon längst bei medizinisch-wissenschaftlichen Arbeiten der verschiedensten Art eine unerschöpfliche Fundgrube der wichtigsten Aufschlüsse bilden. Aber auch die textlichen Ausführungen über die einzelnen Krankheitsgruppen bieten des Interessanten eine grosse Fülle; es sei nur einfach auf die Kapitel: Schusswunden, Selbstverstümmelung, Selbstmordversuche, vorgetäuschte Krankheiten hingewiesen, um zu zeigen, wie sehr auch der ärztliche Sachverständige in diesem Armee-Sanitätsbericht Auskunft und Belehrung finden kann. Richard Müller.

Tagesgeschichte.

Ein Aufruf an die Gerichtsärzte.

In richtiger Erkenntniss der Thatsache, dass die Gerichtsärzte berufen sind, bei der Entwickelung der Kriminalistik in erheblichem Masse mitzuwirken, wendet sich der eifrige und geistvolle Vorkämpfer auf diesem Gebiete, Professor Hans Gross in Czernowitz, in seinem Archiv mit einem Aufruf an die Gerichtsärzte, den wir des Mangels an Platz wegen leider nur auszugsweise wiedergeben können.

Es handelt sich um die Frage der Zuverlässigkeit subjektiver Empfindungen. Die Aussage einer Person, die einen bestimmten Sinneseindruck empfangen hat, soll vom Richter verwerthet werden — wie weit darf er annehmen, dass sie eine richtige Beobachtung wiedergiebt? Mit den psychophysiologischen Untersuchungen kommen wir in keinem Falle dahin, den Erfordernissen der gerichtlichen Praxis zu genügen. Hier kommen Umstände zusammen, welche im Experiment weder hergestellt werden dürfen noch können, und die doch für das Ergebniss ausschlaggebend sind.

Gross möchte nun mit Hilfe eines zu sammelnden grossen Materials zunächst einmal feststellen, wie weit Verletzungen von den Verletzten richtig gefühlt und richtig lokalisirt zu werden pflegen.

Er bittet alle Gerichtsärzte, in jedem Verletzungsfalle den Verwundeten über seine Wahrnehmungen bei der Attacke bezüglich des Sitzes und der Art der Verletzung, etwaiger Schmerzen etc. zu befragen.

Die Resultate sind in Tabellen einzutragen, welche enthalten:

1. Anfangsbuchstaben des Namens, Alter, Geschlecht, Beschäftigung des Verletzten,
2. [kurz] Körper- und Seelenzustand zur Zeit der Verletzung,
3. Wirkliche Art und Sitz der Verletzung,
4. Veranlassung und Hergang derselben,
5. Aussagen des Verletzten bezüglich Art, Sitz, Schmerz u. s. w.,
6. Bemerkungen des Arztes,
7. dessen Name.

Die ausgefüllten Tabellen sind an Professor Dr. H. Gross, Czernowitz, Oesterreich, Siebenbürgerstr. 26 zu senden.

Das Unternehmen bedarf wohl keiner ausdrücklichen Empfehlung, es spricht für sich selbst. Wir sind überzeugt, dass diejenigen Kollegen, welche Gelegenheit dazu haben werden, nicht versäumen werden, der Anregung des Czernowitzer Kriminalisten nachzukommen. Für selbstverständtich halten wir es, dass Professor Gross auch Mittheilungen aus den Kreisen der ärztlichen Praktiker, die nicht berufsmässige Gerichtsärzte sind, gern entgegennehmen wird.

Rang und Titelverhältnisse der Kreisärzte.

Ueber die Rang- und Titelverhältnisse der Kreisärzte hat der Kaiser durch Erlass vom 18. Juni folgendes bestimmt:

1. Die Kreisärzte gehören zur fünften Rangklasse der höheren Provinzialbeamten.

2. Ein Theil der Kreisärzte, jedoch nicht über die Hälfte der im Staatshaushalt vorgesehenen Stellenzahl, sofern sie mindestens ein zwölfjähriges Dienstalter seit der Anstellung als Kreisarzt (Kreisphysikus) erreicht haben, kann mir zur Verleihung des Charakters als „Medizinalrath" mit dem persönlichen Range als Räthe vierter Klasse vorgeschlagen werden.

3. Ein Theil der zu Medizinalräthen ernannten Kreisärzte, sofern sie ein weiteres Dienstalter von in der Regel zehn Jahren seit ihrer Ernennung zum Medizinalrath erreicht haben, kann mir zur Verleihung des Charakters als „Geheimer Medizinalrath" vorgeschlagen werden.

4. Denjenigen Kreisärzten, welche gegenwärtig den Titel „Sanitätsrath" oder „Geheimer Sanitätsrath" führen, wird vom Tage der Verkündigung dieses Erlasses ab der Charakter als „Medizinalrath" beziehungsweise „Geheimer Medizinalrath" hierdurch beigelegt.

Ueberleitung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in eine solche wegen Geistesschwäche.

Nach Art. 155 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch gilt der unter dem früheren Recht wegen geistiger Störung Entmündigte unter dem neuen Recht als entmündigt wegen Geisteskrankheit. Dies stellt sich, da sich unter diesen Kranken, besonders unter den im Sinne des Landrechts als blödsinnig erachteten, manche befinden, die nach dem B. G. B. nur wegen Geistesschwäche entmündigt werden würden, als eine ungerechtfertigte Benachtheiligung solcher früher Entmündigten dar.

Die Frage, wie diesem Uebelstande abzuhelfen ist, wird in der Deutschen Juristen-Zeitung von A. Glücksmann und Ober-Amtsrichter Bunsen-Rostock erörtert. Glücksmann hält es praktisch für das Richtigste und juristisch für unbe-

denklich, auf Antrag des Entmündigten ein Verfahren gleichzeitig auf Wiederaufhebung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und auf Entmündigung wegen Geistesschwäche einzuleiten. Bunsen theilt das Urtheil in einem Falle seiner Amtsthätigkeit mit: Dem Antrage des Entmündigten wurde nur insoweit stattgegeben, als er die im Art. 155 des Einführungsgesetzes festgestellte Rechtsfolge betraf, im übrigen aber wurde der Antrag abgewiesen. D. h. also, der Kläger bleibt entmündigt, aber nicht wegen Geisteskrankheit, folglich wegen Geistesschwäche.

Für den ärztlichen Sachverständigen sind diese juristischen Verfahrensformen nicht ohne Interesse.

Wieder ein Fortschritt der Schulärzte-Bewegung.

Eine der wichtigsten Aufgaben des Schularztes ist das geregelte Zusammenarbeiten mit den Lehrern, und die Gewinnung der Lehrerschaft für den schulärztlichen Gedanken erschien als dringend nöthig, aber freilich als schwer erreichbar. Um so mehr freuen wir uns über einen von den Tageszeitungen gemeldeten Beschluss der Dresdener Lehrerschaft. In Dresden sind nämlich Fragebogen über den Gesundheitszustand der Schulkinder auf Grund ärztlicher Untersuchungen ausgefüllt worden. Diese haben die Thatsache ergeben, dass die Hälfte der Kinder Abweichungen vom normalen Gesundheitszustand aufweist.

Dieser sehr ungünstige Gesundheitszustand der Schüler hat die Dresdener Lehrerschaft veranlasst, Folgendes beim Magistrat zu beantragen: 1. Die schulärztlichen Untersuchungen des körperlichen Zustandes sollen allgemein, alljährlich und nach völlig einheitlichen Gesichtspunkten vorgenommen werden, damit eine zuverlässige Statistik zum Besten der Schulgesundheitspflege aufgestellt werden kann. 2. Die mit chronischen Krankheiten behafteten Kinder sind während des Sommers so lange als nöthig zum Gebrauche einer Kur zu beurlauben. 3. Zur Ergänzung der dadurch bedingten Versäumnisse sind in allen grösseren Schulgruppen Nachhilfeklassen einzurichten. 4. Einrichtung von Schulbädern.

Durch solches verständnissvolle Zusammenwirken der beiden Gruppen von „Sachverständigen“ können wir hoffen, zu gedeihlichen Verhältnissen zu gelangen!

Angeblich fahrlässige Begutachtung.

Der Arzt einer Omnibusgesellschaft in Wien wurde von einem vom Pferde gestürzten Vorreiter, der über Brustschmerzen klagte, aufgesucht. Nach neun Tagen wies der Verletzte einen Eingeweidebruch vor und erklärte, dieser rühre von dem Fall her. Der Arzt verneinte dies gutachtlich. Darauf verklagte der Vorreiter den Arzt auf Zahlung einer grossen Rente, weil er ihn durch fahrlässige Untersuchnng um seine Unfallentschädigung gebracht habe. Nach siebenstündiger Verhandlung gewann der Kollege den Prozess. Den Rechtsbeistand hatte ihm bemerkenswerther Weise die Aerztekammer auf ihre Kosten gestellt.

Sind entstellende Narben Krankheiten im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes?

Der österreichische Verwaltungsgerichtshof hat diese Frage verneint. Es handelte sich in dem betreffenden Falle um entstellende Narben im Gesichte, die nach der eigentlichen Krankheit zurückgeblieben sind. Die Kosten für Beseitigung dieser Narben hat die Kasse nach dem im Pharm. Gen. Anz. wiedergegebenen Urtheil nicht zu tragen, da als Krankheit im Sinne des Gesetzes nur eine Abweichung vom normalen Gesundheitszustand angesehen werden könne, zu deren Beseitigung ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln erforderlich sei, ein Zustand, welcher selbst und unmittelbar die Erwerbsfähigkeit des Versicherten beeinträchtige oder aufhebe. Ein solcher Zustand sei aber dann nicht mehr verhanden, wenn die Ursache der Gesundheitsstörung gänzlich beseitigt und dem Versicherten die Wiederaufnahme seiner Erwerbsthätigkeit nicht durch Gesundheitsstörung unmöglich, sondern nur durch äusserlich zurückgebliebene Merkmale der geheilten Krankheit der Eintritt in ein Arbeitsverhältniss erschwert sei.

Unseres Erachtens bringt diese Auslegung des Gesetzes eine Einschränkung der Wohlthaten desselben, welche vom Gesetzgeber selbst kaum beabsichtigt war.

Aerztliche Revision der Molkereien.

In Württemberg hat die Betheiligung der Käsereien an der Entstehung mehrerer Typhusepidemieen den Minister des Innern zu einem Erlass veranlasst, durch den die Oberamtsärzte angewiesen werden, bei den Gemeinde-Medizinalvisitationen die Molkereien, Käsereien und ähnliche Betriebe mit zu revidiren.

Bierpillen.

Dem Correspondenzblatt der Sächsischen Aerztevereine wird folgender seltsame Fall mitgetheilt: Ein Herr erkrankt nach mässigem Biergenuss mit Leibschmerz, Erbrechen und grüner Harnfärbung. Es stellt sich heraus, dass ihm ein guter Freund ein paar „Bierpillen“ beim Essen verabfolgt hat. Dieser in einer Magdeburger Apotheke gekaufte „Scherzartikel“ enthält im Wesentlichen etwa 1 Dezigramm Methylenblau. Es ist bekannt, dass dieser ja auch zu Heilzwecken verwandte Farbstoff recht unangenehme Nebenerscheinungen machen kann. Man sollte es nicht für möglich halten, dass eine Apotheke sich zu solchen „Scherzen“ hergiebt. Uebrigens lautet § 12 des Nahrungsmittelgesetzes von 1879: „Mit Gefängniss ... wird bestraft, wer vorsätzlich Gegenstände, welche bestimmt sind, Anderen als Nahrungs- und Genussmittel zu dienen, derartig herstellt, dass der Genuss derselben die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist, ingleichen wer wissentlich Gegenstände, deren Genuss die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist, als Nahrungs- oder Genussmittel verkauft, feilhält u. s. w. § 14 desselben Gesetzes setzt für die fahrlässige Begehung solcher Handlungen Geldstrafe bis zu 1000 Mark oder Gefängnissstrafe bis zu 6 Monaten, bei wirklich erfolgter Gesundheitschädigung Gefängnissstrafe bis zu einem Jahre an. Natürlich halten wir uns nicht für befugt, zu entscheiden, ob im vorliegenden Falle der Jurist den Thatbestand eines dieser Paragraphen annehmen müsste.

Naturforscherversammlung in Hamburg.

Am Donnerstag, den 26. September um zwei Uhr Nachmittags werden im Logenhaus die Abtheilungen für Chirurgie, innere Medizin und Dermatologie eine gemeinsame Sitzung abhalten, die im Wesentlichen der Heilung durch Röntgenstrahlen gewidmet sein soll. Für den ärztlichen Sachverständigen dürfte ein von Schürmayer-Hannover angekündigter Vortrag „Forensische Bedeutung der Röntgenverbrennungen“ von Interesse sein.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Dameke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche Postamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 15. Ausgegeben am 1. August.

Inhalt:

Pseudoleukämia lymphatica und Unfall.

Von
Dr. Bornträger,
Regierungs- und Medizinalrath.

Nachfolgender Fall, den ich nur aus den Akten kenne, scheint mir der Veröffentlichung werth zu sein, um zu weiteren Nachforschungen über den Zusammenhang zwischen Verletzungen bezw. Erschütterungen und Pseudoleukämieen anzuregen.

Ein ungewöhnlich kräftiger, angeblich völlig gesunder Arbeiter J. von 28 Jahren ist mit dem Schleppen von, zwei Centner schweren, Säcken mit Thomasmehl beschäftigt und unterzieht sich dieser Arbeit fortlaufend ohne Störung, muss also voll leistungsfähig sein. Da fällt ein Sack, der ihm etwa aus seiner Schulterhöhe auf den Rücken gewälzt werden soll, über Kopf und Schultern zu weit nach vorn, sodass er das Uebergewicht nach vorn erhält und dem J. die Brust zusammendrückt. J. äussert sofort, er habe einen schweren Ruck bekommen, muss sich den Sack abnehmen lassen, klagt über Stiche in der Brust (wo?); die Stiche bleiben, der Mann ist von Stund an ausser Stande zu schwerer Arbeit, wird immer hinfälliger und muss sich krank melden. 6 Wochen nach dem Unfall wird schwere Pseudoleukämia lymphatica festgestellt: Wachsbleiche Haut, kleiner schneller Puls, schweres Nasenbluten, starke Anschwellungen der Halsdrüsen, mässige der Achsel- und Leistendrüsen, geringe Schwellung der Beine, geringe Vergrösserung von Milz und Leber, Schmerz auf Druck auf das Brustbein; die weissen Blutkörperchen nicht vermehrt. Tod fast 8 Wochen nach dem Unfalle.

Entgegen dem Vorgutachten habe ich einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit bezw. Tod angenommen. Bereits mehrfach sind ja Verletzungen von Knochen oder Milz als Ursachen der Leukämie angesehen worden. Bei der Unklarheit, welche über die Natur der Pseudoleukämie herrscht, erscheint es nicht berechtigt, in einem Falle wie dem vorliegenden, wo alle, auch die eidlich vernommenen Zeugen, übereinstimmend die Entstehung der Krankheit bei einem ganz gesunden Menschen im unmittelbaren Anschluss an den Unfall schildern, und wo eine Einwirkung stattgefunden hat, welche die Knochen der Wirbelsäule und des Brustkastens, das Centralnervensystem, das Herz, die Milz und die Leber stark zu erschüttern geeignet war, den Zusammenhang von Unfall und Krankheit zu leugnen,

weil unsere Kenntnisse uns über die Aetiologie der letzteren im Stiche lassen; auch der schnelle Verlauf der Krankheit kann m. E. gegenüber den einwandfreien Daten nicht zu sehr ins Gewicht fallen.

Will Jemand annehmen, dass der Keim der Krankheit bereits bestanden habe und durch den Unfall zu schnellerem Entwickeln getrieben worden sei, so wird dem nichts entgegenstehen; diese Annahme kommt aber ebenfalls darauf hinaus, das Trauma als ätiologisch bedeutend für die Entwickelung der Pseudoleukämie anzusehen, und eine Anregung zum weiteren Achten auf diese Aetiologie sollen diese Zeilen nur geben.

Aus dem Militär-Hospital zu Riga.

Radiographie vor Gericht.

(Schwellung des Fusses, willkürlich oder durch Bruch des Sprungbeins erzeugt?)

Von

Dr. **L. P. Passower**-Riga.

Im November 1897 wurde in die mir unterstellte chirurgische Abtheilung des Militär-Hospitals zu Riga unter den Rekruten, die einer nochmaligen Untersuchung auf ihre Tauglichkeit zum Militärdienst unterzogen werden sollten, ein junger Bauer mit bedeutendem Oedem des linken Fusses und des linken unteren Drittels des Unterschenkels aufgenommen. Die Messung ergab: Die Länge des linken Fusses ist um $1^1/_2$ cm, die Breite um 1 cm grösser als die des rechten; der Umfang des linken Fusses unmittelbar unter dem Vorsprung des 5. Tarsalknochens und etwas vor dem Vorsprung des halbmondförmigen Knochens ist um 6 cm grösser als die des rechten Fusses. Der Umfang des linken Fusses, durch Fusssohle und -Rücken gemessen, ist um ebenso viel grösser als der des rechten; der Umfang, durch beide Knöchel des Fussgelenks gemessen, ist um 5,5 cm grösser als der des rechten; der linke Unterschenkel ist in seinem dicksten Theile um 2 cm dicker als der rechte; die Lymphdrüsen sind in der linken Leiste und an der inneren Seite des oberen Drittels des linken Oberschenkels vergrössert. Wegen der ausserordentlich stark ausgesprochenen Schwellung konnte man die Art der Erkrankung nicht sofort feststellen. Die Gliedmasse wurde einstweilen bis an das Knie bandagirt, in eine Drahtschiene gelegt und mittelst besonderer Vorrichtung suspendirt.

Die Anamnese ergab, dass der Patient, Kommis von Beruf, in dem Eisenwaarengeschäft seines Bruders thätig war, und dass ihm dort vor einem Jahre eine 15 Pud (1 Pud = 32 Pfund) schwere Masse auf das linke Bein gefallen ist, wonach er einige Monate zu Bett bleiben musste; während der Krankheit bot der ganze Fuss das Bild einer unförmigen, blutunterlaufenen Masse dar. Gegenwärtig hinkt der Patient mit dem linken Bein und fühlt in demselben einen dauernden Schmerz. Als Beweis legte mir der Patient das Zeugniss des Arztes vor, der ihn behandelt hatte. In Anbetracht des Umstandes, dass es unmöglich ist, die von den Rekruten beigebrachten Zeugnisse auf ihre Richtigkeit zu prüfen, gilt bei uns die Regel, von vorgelegten Zeugnissen zwar Kenntniss zu nehmen, sich nach diesen aber nicht zu richten; so wurde auch in diesem Falle verfahren. Um eine genauere Beobachtung zu ermöglichen, wurde der Rekrut im Krankenhaus unter alte Soldaten gelegt, die beauftragt wurden, den neuen Ankömmling im Auge zu behalten. Am dritten Tage erhielt ich einen Brief, in dem ein ungenannt bleiben wollender „Freund" des Rekruten mich warnte, dass derselbe die Schwellung der linken Extremität künstlich herbeigeführt habe, und zwar in der Weise, dass er sich den Oberschenkel umschnürt und unter die Haut irgend welche medikamentöse Substanzen eingespritzt habe. Ohne diesem Brief besondere Bedeutung beizumessen, habe ich doch die Ueberwachung des Kranken verschärfen müssen. Nach dem Krankensaal, in dem der Rekrut lag, wurde ein Schüler der Feldscheererklasse*) zur stetigen Ueberwachung des Patienten beordert; ausserdem wurde der barmherzigen Schwester und dem Feldscheerer eingeschärft, den Prüfling möglichst häufig aufzusuchen. Meine Kollegen, die von mir über den Sachverhalt unterrichtet waren, kamen bisweilen ebenso wie ich plötzlich Nachts zu dem Kranken und besichtigten die Gliedmassen; es wurde jedoch nie etwas Auffallendes bemerkt.

Nach 14 Tagen verschwand das Oedem. Der Fuss blieb jedoch im Gebiete der Fersenknochen und des Knöchels dicker als rechts. Die Bewegung des Fussgelenks war schmerzhaft und beschränkt. Bei Druck auf das Kahnbein wurde eine besonders stark ausgesprochene Empfindlichkeit wahrgenommen. Der Fuss fühlte sich kalt an, jedoch war die Cyanose, die bei der Aufnahme des Rekruten in das Hospital bestand, verschwunden. Als man die Extremität für einige Stunden ohne Bandage beliess, begann das Oedem sich wieder einzustellen: in Folge dessen wurden wiederum Anlegung der Binde, Suspensionen und Massage verordnet. Nach 4wöchigem Aufenthalt im Krankenhause konnte ich mich vollends überzeugen, dass eine chronische Entzündung der Fussknochen vorlag, herbeigeführt durch das erlittene Trauma, nebst einer durch dieselbe Ursache herbeigeführten Entzündung des Fussgelenks und vielleicht auch Bruch der Fussknochen, d. h. eine Krankheit, die einer sehr langen Zeit zu ihrer Heilung bedarf. Der Rekrut wurde in Folge dessen Ausgangs der 5. Woche seines Aufenthalts im Krankenhause dem Conseil der Hospitalärzte vorgestellt, und letzteres beschloss, den Rekruten auf ein

---

*) In Russland giebt es einen besonderen Stand von Subaltern-Medizinalpersonen, die Feldscheerer genannt werden. Von diesen Feldscheerern giebt es zwei Kategorien: Civilfeldscheerer und Militärfeldscheerer. Die Civilfeldscheerer geniessen ihre Ausbildung in besonderen Feldscheererschulen mit meist vierjährigem Kursus. Es wird von ihnen eine gewisse Vorbildung verlangt, auch setzt sich das Lehrprogramm der Feldscheererschulen nicht nur aus medizinischen, sondern auch aus allgemeinen Unterrichtsgegenständen zusammen, so dass die Civilfeldscheerer im Allgemeinen als ziemlich intelligente und auch in medizinischer Beziehung nicht unwissende Leute bezeichnet werden können. Sie dürfen, wenn auch in beschränkten Grenzen, Privatpraxis üben, meistentheils sind sie aber angestellt: staatlich, städtisch, am häufigsten von den Landschaftsverwaltungen. Die beamteten Feldscheerer werden als Gehilfen den beamteten Aerzten beigegeben, sind den letzten selbstverständlich vollständig untergeordnet und dürfen nur nach deren Anweisungen handeln. In der Praxis werden die Machtbefugnisse der Feldscheerer jedoch sehr oft willkürlich oder unwillkürlich überschritten, besonders in den schwach bevölkerten Distriktem Russlands; hier giebt es Gegenden, wo der nächste Arzt 70—100 km entfernt wohnt und die Bevölkerung meistentheils, wenn nicht ausschliesslich, einzig und allein auf die Hilfe der Feldscheerer, die in Russland ziemlich populär sind, angewiesen ist.

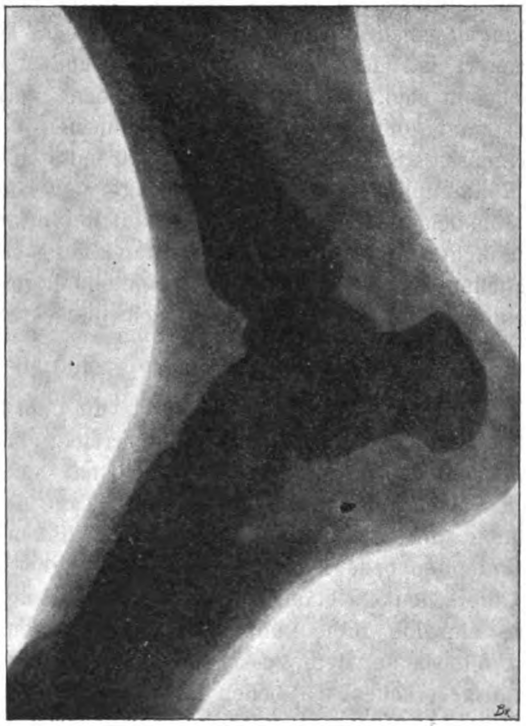
Die Militär-Feldscheerer sind einfache Soldaten, die dem Regiment entnommen und zunächst als Diener, dann als Wärter in den Militär-Hospitälern angestellt werden. Ihre Vorbildung ist gleich Null, ihre Fachausbildung äusserst mangelhaft, sie machen sich aber doch in den Militär-Hospitälern, die mit Aerzten stets reichlich versehen sind, als Gehilfen sehr nützlich. Haben sie aber den Dienst quittirt, so fällt es ihnen später, wenn sie den Beruf eines Feldscheerers auch in ihrem Civilverhältniss ergreifen wollen, sehr schwer, Anstellung zu bekommen, weil sie den von den Behörden, Landschaften etc. gestellten Forderungen nicht zu entsprechen vermögen.

Anm. d. Uebers.

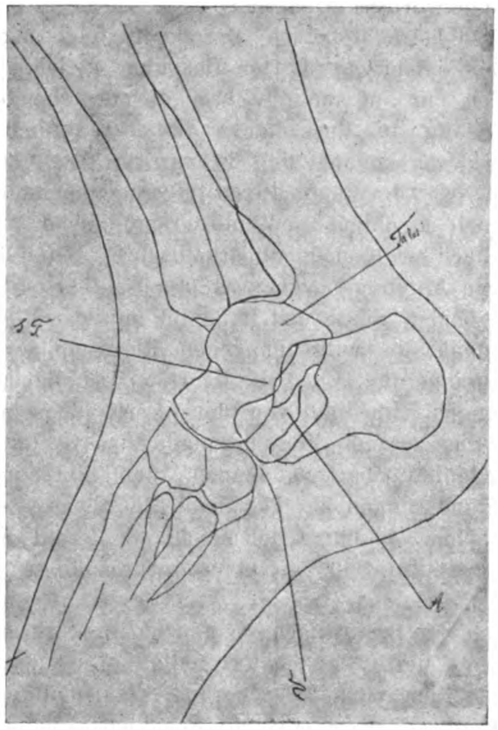
Jahr zurückzustellen, in der Annahme, dass bei regelmässiger Behandlung und häuslicher Schonung des Fusses die Geschwulst verschwinden würde.

Der Rekrut wurde uns von der Fellin'schen Bezirksersatzkommission zugewiesen, weil einer der Aerzte dieser Kommission auf künstlichen Ursprung der Geschwulst Verdacht geschöpft hat. Im Juni 1898 wurde der Rekrut im Fellinschen Städtischen Krankenhause einer nochmaligen Untersuchung unterzogen und dann wegen Selbstverletzung, ausgeführt in der Absicht, sich von der Militärpflicht zu befreien, der Staatsanwaltschaft übergeben. Der betreffende Arzt, Dr. S. bestand darauf, dass die Schwellung künstlich herbeigeführt

Figur I (kranker Fuss).



Figur Ia (kranker Fuss).



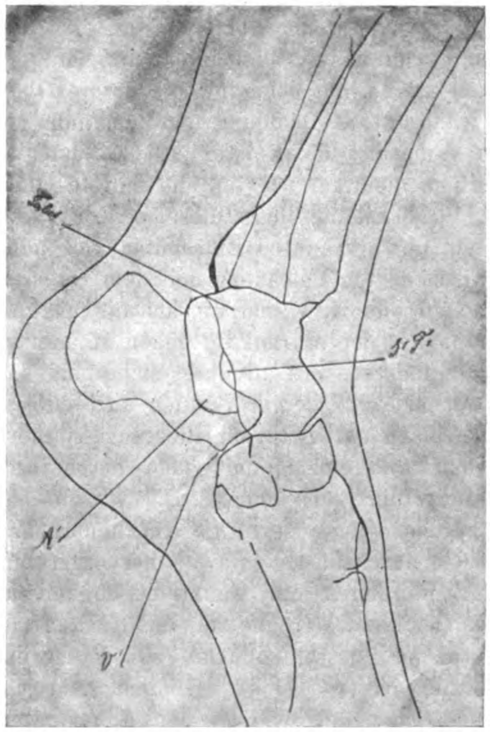
A



Figur II (gesunder Fuss).

A'

V'



Figur IIa (gesunder Fuss).

und durch Umschnürung und Punktion der Extremität verursacht sei. Auf Grund der Angaben des Arztes, der den Rekruten früher behandelt hatte, sowie der übrigen Zeugen, die die erlittene Verletzung bekundeten, sowie auch auf Grund meines dem Gerichte abgegebenen Gutachtens über den Charakter der Erkrankung wurde der Rekrut freigesprochen. Nach einigen Wochen wurde er jedoch nochmals vor Gericht gestellt und diesmal wegen Körperverletzung, ausgeführt an sich selbst in der Absicht, sich von der Militärpflicht zu befreien, zu drei Monaten Einzelhaft im Militär-Gefängniss verurtheilt. Der Vertheidiger des Rekruten übertrug die Sache in das Plenum der Friedensrichter, während ich, von der Un-

schuld des Angeklagten, sowie davon überzeugt, dass die Geschwulst keineswegs künstlichen Ursprungs ist, den Vorschlag machte, mit dem Rekruten, da im Militär-Hospital zu Fellin kein Röntgenapparat vorhanden war, nach der Dorpater Klinik des Prof. W. W. Koch behufs Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen zu reisen. Mein Vorschlag wurde acceptirt, und nach einiger Zeit gab Prof. W. W. Koch sein Urtheil ab, das ich im Nachstehenden wörtlich wiedergebe.

„Ursprünglich betrachtete ich, der Schlussfolgerung von Dr. S. aus Fellin entsprechend, den Rekruten gleichfalls als Betrüger, da ich mir auf andere Weise die bestehende bedeutende Schwellung des Fussgelenks der erkrankten Extremität schwer erklären konnte, und da mir die Angaben des Rekruten bezüglich der subjektiven Schmerzempfindungen nicht ganz genau erschienen. Meine ursprüngliche Ansicht erfuhr jedoch nach vielfachen, innerhalb der zweiten Hälfte des Oktobers und Anfangs November 1899 ausgeführten Untersuchungen der beiden Füsse des Patienten mittelst Röntgenstrahlen und dank der aufgenommenen Röntgenbilder eine vollständige Veränderung, da diese Untersuchungen und Röntgenbilder mich unbedingt von dem Vorhandensein charakteristischer und ernster Veränderungen des Skeletts der erkrankten Extremität überzeugt haben. Ich führe nur die wichtigsten Veränderungen an: Der Sinus tarsi des erkrankten linken Fusses (siehe Abbildung und Zeichnung I, s, T) ist bedeutend kleiner als an dem gesunden rechten Fusse (siehe Abbildung und Zeichnung II, s', T'), und zwar sowohl der Länge, wie auch der Breite nach: 5 mm auf der erkrankten, gegen 11 mm auf der gesunden Extremität. Die den Sinus tarsi umfassende Linie ist auf der gesunden Extremität unten wellenförmig gebogen, auf der erkrankten kürzer und gerade konkav; die Ursache dieser letzteren Erscheinung liegt in einer Verschiebung des Sustentaculum tali und des Fersenbeins (siehe Zeichnung I, A). Auf der Abbildung und Zeichnung II ist die untere Konvexität des Sustentaculum (auf der Zeichnung mit A angegeben) um 14 mm höher als die untere Oberfläche des Calcaneus, während auf Abbildung und Zeichnung I (durch den Buchstaben V markirt) die Konvexität des Sustentaculum vollkommen deutlich niedriger ist, als die untere Oberfläche des Calcaneus. Gleichzeitig liegt dieselbe Konvexität des Sustentaculum auf der erkrankten Extremität viel näher der Gelenkspalte zwischen dem Calcaneus und dem Os naviculare (siehe Zeichnungen I und II, V und V'), als auf der gesunden Extremität (6 mm auf der erkrankten gegen 15 mm auf der gesunden). Es folgt daraus mit absoluter Sicherheit, dass das Sustentaculum tali sich auf der erkrankten Extremität in bedeutendem Grade nach unten in der Richtung zu der Fusssohle gesenkt hat, was einzig und allein durch Bruch des Sprungbeins herbeigeführt sein konnte. Die wissenschaftliche Forschung hat ergeben, dass derartige Knochenbrüche, ganz besonders wenn sie durch äussere Gewalt hervorgerufen sind, von bedeutenden Störungen der Funktionsfähigkeit des erkrankten Gliedes begleitet werden und nicht selten eine Abflachung der Form der Fusssohlenfläche, sowie Schwellungen des Fussgelenks hervorrufen. Ich persönlich habe übrigens ein so bedeutende Schwellung wie bei dem Angeklagten noch nicht gesehen; dieser Umstand spricht aber nicht gegen den Kranken. Auf Grund der ausgeführten Untersuchungen halte ich es nicht für möglich, den Untersuchten als Betrüger zu betrachten. Im Gegentheil, er leidet vielmehr an einem charakteristischen Bruch eines der Hauptknochen des Fusses, durch den eine Schwächung der erkrankten Gliedmasse und eine Störung ihrer Funktion verursacht werden; ein derartiger Knochenbruch ist, namentlich wenn der Zeitpunkt der Entstehung weit zurückliegt, einer ärztlichen Untersuchung sehr schwer zugänglich, so dass dessen Vorhandensein nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen festgestellt werden kann.

In Anbetracht der angeführten wichtigen und eigenthümlichen Knochenerkrankung an dem verletzten Gliede messe ich den übrigen von mir bei der Untersuchung mittelst Röntgenstrahlen festgestellten Missverhältnissen der Knochen der beiden Extremitäten weniger Bedeutung bei; ich glaube aber darauf hinweisen zu müssen, dass ich durch mehrfache Untersuchungen mich davon überzeugt habe, dass der Sinus tarsi verringert ist, das Sustentaculum tali und der Talus selbst verschoben sind, und dass die angegebene Verringerung des Sinus tarsi und Verschiebung der Knochen durch eine ungleichmässige Stellung der unteren Extremitäten bei Aufnahme der Röntgenphotographie nicht bedingt sein können. Spuren von Einstichen habe ich auf der Haut der erkrankten Extremität nicht feststellen können; ich fand nur Spuren von oberflächlichen Abscessen um die Haarwurzeln herum, deren Entstehung auf abnorm gesteigerte Schweisssekretion zurückgeführt werden kann".

Obiges Untersuchungsprotokoll wurde dem Plenum der Friedensrichter, vor dem ich durch die Vertheidigung als Sachverständiger geladen wurde, überreicht. Bei der vorgenommenen Besichtigung des Rekruten hat sich das Plenum der Friedensrichter überzeugt, dass am Tage der Gerichtsverhandlung an dem linken Fusse und am linken Oberschenkel des Patienten bedeutendes Oedem bestand, das untere Drittel des Unterschenkels blauroth gefärbt war und auf dessen Oberfläche einzelne rothe Punkte vorhanden waren. Bei Fingerdruck blieben auf dem Fusse und auf dem Oberschenkel deutlich ausgesprochene Grübchen zurück, die im unteren Drittel des Unterschenkels schärfer, in den oberen beiden Dritteln schwächer hervortraten. Die gesammte linke Extremität fühlte sich kälter an als die rechte, und während die rechte Extremität trocken war, fühlte sich die linke feucht an. Spuren von Umschnürung waren nirgends zu sehen.

Das Plenum der Friedensrichter ist zu der Ansicht gelangt, dass das Oedem der linken Extremität nicht durch stattgehabte Umschnürung der letzteren bedingt ist, und dass die rothen Flecke keineswegs die Folge von Einstichen sind: es hob in Folge dessen das Urtheil der Vorinstanz auf und sprach den Angeklagten frei.

Ende Februar 1900 wurde der Rekrut von der Ersatzkommission des Gouvernements Riga dem Riga'schen Militär-Hospitale überwiesen. Hier wurde die erkrankte Extremität von den Aerzten des Hospitals nochmals mittels Röntgenstrahlen im Städtischen Krankenhause, wo ein vorzüglicher Röntgenapparat vorhanden ist, untersucht und der Kranke als zum Militärdienst untauglich erklärt.

* * *

In Folge einer unglücklichen Verkettung der Umstände wurde also der Rekrut in einem Zeitraume von 3 Jahren in verschiedenen Krankenhäusern länger als 4 Monate auf seinen Gesundheitszustand untersucht und dreimal den Gerichten überliefert. Wäre nun dieser Unglückliche rechtzeitig mittels Röntgenstrahlen untersucht worden, so wären ihm sicherlich viele seelische Erschütterungen erspart geblieben.

Dieser Fall liefert den besten Beweis dafür, dass die Militärhospitäler, welche die Frage der Tauglichkeit der Militärpflichtigen zum Militärdienst zu lösen haben, mit sämmtlichen neuesten Vorrichtungen und diagnostischen Hilfsmitteln, darunter vor allem mit einem Röntgenapparat versehen sein müssten.*) Bei der Untersuchung der Militärpflichtigen kommt

*) Die Militär-Hospitäler werden, wie mir aus authentischer Quelle mitgetheilt wird, bald mit Röntgenapparaten versehen werden.

man gar nicht selten in die Lage, schwere diagnostische Fragen, wie z. B. im vorstehenden Falle, lösen zu müssen, z. B. Brüche der kleinen Fuss- bezw. Handknochen, Osteomyelitiden in der Nähe der Gelenke, die Anwesenheit von Fremdkörpern etc. festzustellen. Der Röntgenapparat kann sich übrigens von wesentlichem Nutzen auch auf dem Gebiete der inneren Medizin erweisen. Prof. N. I. Kotowschtschikow sagt am Schlusse seines Aufsatzes über die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der inneren Krankheiten Folgendes: „Ich muss anerkennen, dass die Röntgenoskopie die Resultate, welche mittelst anderer Untersuchungsmethoden gewonnen werden, vervollständigt, wobei wir manchmal genauere Vorstellungen von der Ausdehnung des pathologischen Prozesses erhalten. Die Röntgenoskopie eröffnet uns bisweilen solche Veränderungen, die sich weder mittelst Perkussion, noch mittelst Auskultation, noch mittelst irgend welcher anderer Untersuchungsmethoden feststellen lassen.“ Diese These wird heutzutage wohl kaum Jemand anfechten wollen.

Nun wende ich mich nochmals zu meinem Falle. In Folge des Niederfallens einer 15 Pud schweren Masse auf den Fuss des Pat. wurde das Sustentaculum calcanei abgebrochen, auf dem der Kopf des Talus ruht. Des Stützpunktes beraubt, senkte sich der letztere in der Richtung nach unten und vorn, alles vor ihm liegende, d. h. das Os naviculare und das Os cuboideum, sowie die vor ihnen liegenden Knochen nach vorn und etwas nach oben verschiebend. Der Bruch des Sustentaculum calcanii hat die Kontinuität der Bänder, welche den Talus mit dem Os naviculare, mit dem Calcaneus und dem Os cuboideum verbinden, getrennt, und in Folge dessen kam es zur Senkung des Gewölbes, welche ihrerseits in der Extremität diejenige Funktionsstörung hervorgerufen hat, auf welche Prof. W. W. Koch hingewiesen hat.

König*) sagt, dass, sobald an den erkrankten Fuss übermässige Anforderungen gestellt werden, unbedingt intensive Schmerzen an verschiedenen Punkten auftreten und die Extremität anschwellen muss. Als Kommis im Eisenwaarengeschäft hatte der Patient stundenlang zu stehen; ausserdem musste er die Märkte besuchen, wobei er bei der Fahrt nicht selten auf dem Wagen so sass, dass die Beine herunterhingen, d. h. sich in äusserst unbequemer Lage befanden, bei der es bei jedem Ruck zu einer Erschütterung der kranken Extremität kommen musste; kurz, der Patient ging einer Beschäftigung nach, die in hohem Masse dazu angethan war, das in Folge der Krankheit bestehende Oedem noch mehr zu steigern. Zieht man dabei noch die Veränderungen der Gefässe, die nach der erlittenen Verletzung eingetreten waren, sowie die darauf folgende Entzündung der Fussknochen und der Weichtheile in Betracht, so lässt sich meiner Meinung nach das gewaltige Oedem und die Hautverfärbung, die der Patient darbot, leicht erklären. Die rothen Punkte, welche von der Gegenpartei als Nadelstiche gedeutet wurden, waren natürlich nur die Folge der gestörten Blutzirkulation in der Extremität, welche auch die grössere Neigung zur Schweissbildung an derselben bedingte. Die Verdickung der Knöchel des linken Fussgelenkes entstand, wie man sich bei der Betrachtung der beigegebenen Abbildung überzeugen kann, wahrscheinlich gleichfalls in Folge der Verletzung, die eine Entzündung des Periosts und der Enden der Knochen, die dieses Gelenk bilden, hervorgerufen hat. Die Verkürzung der Exkursionen bei der Beugung und Streckung des Fusses lässt sich allem Anscheine nach durch stattgehabte partielle Ruptur und nachfolgende Vernarbung der Bänder des Fussgelenks sowie durch Schrumpfung der Gelenkskapsel erklären.

* * *

*) Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Bd. 3, 6. Auflage.

Obiger Fall scheint mir sowohl in chirurgischer, wie auch besonders in gerichtlich-medizinischer Beziehung grosses Interesse darzubieten, so dass ich es für angebracht halte, denselben zu veröffentlichen. Die beigegebenen Abbildungen sind photographische Reproduktionen der Abbildungen und Photographien, die in der Klinik des Prof. W. W. Koch für das Gericht angefertigt worden waren.

Referate.

Allgemeines.

Tödtliche Stichwunde des Herzens bei makroskopisch blutfrei gebliebener Waffe.

Von Dr. Fonck und Dr. Praum in Luxemburg.

(Deutsche med. Wochenschrift 1901, No. 23.)

Ein Arbeiter, der sich bis dahin immer als ruhiger Mann gezeigt und mit seiner Ehefrau in bestem Einvernehmen gelebt hatte, wurde eines Tages blutüberströmt mit einem Stich ins Herz aufgefunden. Zeichen eines stattgefundenen Kampfes fanden sich in seiner Umgebung nicht, so dass die Angabe seiner Ehefrau glaubwürdig erschien, nach welcher er wegen eines verlorenen Prozesses Selbstmordgedanken geäussert und wohl auch ausgeführt habe. Merkwürdig war nun, dass man ausser einem auf dem Tische liegenden, dem Anschein nach völlig von Blut freien Messer durchaus keine Waffe in der Nähe fand. Man durchsuchte das ganze Haus und seine Umgebung systematisch und fand im Ganzen 6 Messer, welche sämmtlich mit Hilfe aller möglichen Methoden auf Blut untersucht wurden. Nur bei dem einen derselben, und zwar bei dem, welches auf dem Tische gelegen hatte, liess sich in einem kleinen Fleck Blut nachweisen, und auch hier nur mittelst einer Methode, nämlich in Form von Häminkrystallen. Es blieb also nichts übrig, als die Annahme, dass an der ins Herz eingedrungenen Waffe thatsächlich nur eine minimale Blutspur haften geblieben war.

Chirurgie.

Beitrag zur Frage der Behandlung einfacher Frakturen.

Von Dr. I. A. Piletzki.

(Wratsch 1900, No 48).

Bekanntlich können sämmtliche existirenden Methoden der Behandlung von Frakturen in vier Gruppen eingetheilt werden: 1. Behandlung mittels fixirten, festen Verbandes; 2. Behandlung mittels ununterbrochener, gleichmässiger Dehnung; 3. Massagebehandlung; 4. die Methode des frühen Gebrauchs der Extremität. Verf. hat nun in den zahlreichen Fällen seiner Praxis eine Methode angewandt, die eine Kombination aller oben angeführten Behandlungsmethoden darstellt. Diese Kombination soll sich dermassen bewährt haben, dass Verf. ihr nur Positives und nichts Negatives nachsagen zu können glaubt. Er verwendete in sämmtlichen Fällen vor allem einen Schienenverband, den er selbst in folgender, höchst einfacher Weise herstellte: Aus einem Stück gewöhnlicher weicher Gaze wird ein von beiden Seiten offenes Futteral gemacht, das lang genug ist, um an die oberhalb sowohl, wie unterhalb der Bruchstücke liegenden Gelenke reichen zu können. Die Breite des Futterals beträgt ca. $^2/_3$ der Umgebung der betreffenden Extremität. Das Futteral wird mit reinem Flachs gefüllt, der mit bei Gipsverbänden gebräuchlichem Gipsbrei imprägnirt ist. Hierauf wird das Futteral an die betreffende Extremität angebracht und von aussen noch mit Gipsbrei bestrichen. Auf diese Weise erhält man einen den Konturen der betreffenden Extremität gut zugepassten Schienenverband. Die Bruchstelle

bleibt offen und folglich der Massage zugänglich. Selbstverständlich werden vor Anlegung des Schienenverbands die Bruchenden richtig reponirt und während der Anlegung des Verbandes von Gehilfen in der Reposition festgehalten. Sobald der Schienenverband erstarrt ist, wird er mittels weicher Gazestreifen an die Extremität befestigt. — Mit der Massage beginnt Verf. schon in den ersten Tagen. Innerhalb der ersten acht Tage macht er leichte Streichungen in der Richtung von der Peripherie zum Centrum; hierauf geht er zu Reibungen über, ohne die Bruchstelle selbst zu meiden. Selbstverständlich werden, wenn Hautverletzungen vorhanden sind, zunächst dieselben zur Heilung gebracht und dann erst mit der Massage begonnen. Vom achten bis zwölften Tage beginnt Verf. mit passiven Bewegungen in den der Bruchstelle am nächsten gelegenen Gelenken; er massirt dann schon die ganze Extremität, indem er den Schienenverband vorübergehend entfernt. Vom Ende der zweiten Woche machte Verf. auch aktive Bewegungen der Extremität. Sobald sich eine Knochenschwiele gebildet hat, wird der Schienenverband entfernt und die Dehnung, falls sie angewandt wurde, ausgesetzt; dem Patienten wird gestattet, aufrecht im Bette zu sitzen. Hierauf beginnt der Patient Gehbewegungen zu machen, zuerst gestützt auf Krücken und dann auf einen Stock.

Jede Massagesitzung währt zehn bis fünfzehn Minuten, täglich finden zwei Sitzungen statt. Die frühe Massage fördert das Verschwinden der Schmerzen und die Resorption des Blutergusses; sie beseitigt auch die krampfartige Muskelkontraktion, was sehr wichtig ist, weil dadurch einer Verschiebung der Bruchenden vorgebeugt wird. Das Bettliegen wird Dank der frühen Anwendung der Massage und dem offenen Schienenverband auf das Minimum reduzirt, so dass den Kranken die unangenehmen, durch längere Unbeweglichkeit bedingten konsekutiven Erscheinungen erspart bleiben.

Der offene Schienenverband kann ebenso gut bei Frakturen der oberen Extremität angewandt werden. Selbst offene, komplizirte Frakturen können nach dieser Methode mit Erfolg behandelt werden.

Seine gesammten Erfahrungen glaubt Verf. in folgenden Schlussätzen zusammenfassen zu können:

1. Die Behandlung von Frakturen darf nicht nach irgend einer einzigen Methode geschehen: man muss vielmehr mit den Eigenthümlichkeiten eines jeden Falles rechnen.

2. Die Methode des offenen Schienenverbandes, die in sich alle gebräuchlichen Methoden der Frakturenbehandlung vereint, gestattet eine der Individualität eines jeden Falles entsprechende Behandlung.

3. Die frühe Anwendung der Massage in Form von Streichungen und leichten Reibungen beseitigt die Schmerzen und fördert die Heilung. Lb.

Die ambulatorische Behandlung der Oberarmbrüche mit permanenter Extension.

(Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Königsberg.)
Von Dr. C. Sultan, Assistenzarzt der Klinik.

Verf. hat einen sich an das alte Middeldorpf'sche Triangel anlehnenden Extensionsapparat zur Behandlung der Humerusfrakturen konstruirt, der für den Arzt den Vorzug der Einfachheit und Billigkeit, sowie für den Patienten die Annehmlichkeit der ambulanten Behandlung hat. Verf. empfiehlt ihn besonders für ältere Personen und Alkoholiker, die man aus bekannten Gründen nicht gern lange zu Bett legt, und zwar bei Humerusfrakturen besonders im oberen Abschnitt, um eine bestehende Dislokation der Fragmente ad axin durch das Triangel und eine Verkürzung nach der Heilung durch die gleichzeitig angebrachte permanente Extension zu verhüten. Zur Herstellung des Verbandes braucht man nur etwas Pappkarton, Heftpflaster, ein Brettchen, einen Gummischlauch, einen dünnen Eisenstab, sowie einige Gaze- und Gypsbinden.

Aus einem ca. 15 cm breiten, starken Pappstreifen wird durch vorsichtige Umbiegung an zwei Stellen ein Triangel geformt, dessen einer Schenkel für den gebrochenen Humerus genau die Länge des gesunden Oberarmes von der Axilla bis zur Ellbogenfalte haben muss. Bei abduzirtem, oberen Humerusfragment empfiehlt Verf. darauf zu achten, dass der Neigungswinkel der für den Humerus bestimmten Seite des Dreiecks dem Abduktionswinkel des proximalen Fragmentes entspricht. Das so geformte Triangel wird stabiler, wenn man die Seiten mit Heftpflaster beklebt und mit 2—3 Schichten Gypscirceltouren die Streifen umwickelt. An den frakturirten Oberarm wird in der üblichen Weise eine wenig über die Bruchstelle hinausreichende Heftpflasteransa mit Querbrettchen gelegt, das genügend breit sein muss, um einen Druck des Heftpflasters auf die Epicondylen des Humerus zu verhüten. Die Ansa wird am Arm noch mit einigen Heftpflastertouren und Gazeumwickelungen fixirt, ebenso das gepolsterte Triangel an die Axilla und den Thorax durch Gazetouren. Der Humerustriangeltheil wird mit Gypsbinden circulär fixirt am Oberarm. In diese Gypshülse gypst man ein U-förmig gebogenes $^1/_2$ cm dickes Stabeisen mit seinen freien Schenkeln ein, so dass der geschlossene Theil des U 15—20 cm über den Ellenbogen hinausragt. Dieser muss jedoch weit auseinandergebogen die Bewegungen des Querbrettchens nicht hindern. In der Mitte des U bringt man eine kleine Einbiegung und am Querbrettchen kleine Einkerbungen an, um das Abgleiten des zwischen beiden zur Extension angebrachten Schlauches zu verhüten. Beim Anlegen der Gypshülse empfiehlt es sich, den axillaren Theil recht dick zu machen, um bei der Extension kein Einknicken und Umbiegen zu erleben. Aus der Gypshülse kann lateral ein Streifen ausgeschnitten werden, breit genug, um den Apparat bequem an- und abnehmen zu können oder auch die Heftpflasterstreifen sofort wieder zu fixiren, wenn sie sich bei der Extension lösen. Zum Schluss räth Verf. noch, den axillaren Triangelwinkel nicht zu spitz zu nehmen, um nicht die Nerven und Gefässe der Axelhöhle zu drücken, um kein Oedem, keine Gangrän oder Lähmung zu bekommen, sondern etwas weiter, weil dann der Druck des Gegenzuges sich mehr oder minder gegen die Seitentheile des Thorax richte. Krausse-Berlin.

Ein weiterer Vorschlag zur Behandlung veralteter ungeheilter Patellarbrüche.

Von Dr. Tenderich, Arzt für Chirurgie am St. Marienhospital in Wesel.
(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 56, 5. und 6. Heft. August 1900.)

Verfasser schildert die Schwierigkeiten der sekundären Patellanaht, weil die Fragmente durch Schrumpfung der inserirenden Weichtheile sehr stark auseinanderweichen und sich durch die Naht nicht vereinigen lassen. Er giebt eine auf anatomischen Grundlagen über den Verlauf der Quadricepsmuskelbündel: M. vastus internus und externus basirende Methode an, die diese Schwierigkeit überwinden und ein gutes Resultat liefern kann, wie eine zum Schluss ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte zeigt. Die Indikation zur vorgeschlagenen Operation geben Fälle, wo die Vereinigung der knöchernen Bruchstücke nicht gelingen will und zweitens, wo sie nur durch schwere Hilfsoperationen erreicht werden kann.

Der M. quadriceps setzt nicht ganz an der Kniescheibe an, sondern Muskelbündel vom M. vastus int. und ext. inseriren seitlich derselben an der Gelenkkapsel, so dass sie

auch bei diastatischer Patella einen Zug auf die Tibia ausüben können. So wird also, sagt T., die Funktion des Quadriceps erhalten sein, wenn die lateralen Ausläufer nicht durch weiten seitlichen Kapselriss mit abgerissen sind. Diese seitlichen Vastusbündel, besonders des Vastus internus ziehen nämlich leicht bogenförmig von unten nach oben zur Patella und der seitlichen Kniegelenkskapsel. Also kann man, d. i. Verf. Methode, eine Streckfähigkeit des Unterschenkels dadurch erzielen, dass man nach querverlaufendem Schnitt über die Patella oder auch mit je einem seitlichen Schnitt ohne Vereinigung der Fragmente den Kapselsriss näht und so Theile des M. vastus int. und ext. wieder zur Insertion an die Tibia bringt. Diese Vereinigung gelingt leichter, weil nur der kleinere Theil der Quadricepsmuskulatur seitlich an der Kapsel inserirt und die letztere, wenn sie eingerissen ist, nicht so weit auseinanderzieht wie der grössere Theil der Muskulatur die Patellafragmente. Auch der eigenthümliche oben erwähnte bogenförmige Verlauf der Mm. vastus ext. und int. verhütet eine allzuweite Diastase der seitlich eingerissenen Gelenkkapsel. Vernäht man also den Kapselriss ohne Vereinigung der Knochenfragmente, so verzieht man die schräg nach der Patella aufsteigenden Muskelbündel nach unten in die Längsrichtung des Beines d. h. die Zugrichtung dieser seitlichen Muskelfasern in grader Richtung an die Tibia und weiter die mehr medial gelegenen zur Seite und nach unten, so dass sie an der Kapsel ziehen können. Verf. konnte an seinem operirten Falle später sogar bei Quadricepskontraktionen seitlich dicke, hypertrophische Muskelstränge zur Tibia ziehen sehen, die es dem Pat. ermöglichten, das Bein im Knie wieder völlig zu strecken, auf demselben allein stehen und wie früher Radfahren zu können. Krausse-Berlin.

Billige Schutzverbände.

Von Dr. Wilhelm Sonder.
(Aus der orthopädischen Klinik der Kaiserlich medizinischen Militärakademie in St. Petersburg.)

Verfasser schildert eine Methode zur Herstellung von Tutoren und Gypskorsets etc., die der praktische Arzt sich selbst anfertigen und wegen ihrer Billigkeit besonders für unbemittelte Kranke verwenden kann. Die zur Herstellung nöthigen Materialien sind: Holz, Leim, Binden, Trikot, jedoch nicht gewöhnliches Holz, sondern ein auf chemischem Wege zur Cellulose resp. Cellulosewolle umgearbeitetes Holz: Lignin genannt. Das dem Holz chemisch entnommene Material ist durch Tischlerleim ersetzt, wodurch auch die einzelnen Theile des Verbandes völlig mit einander verbunden sind.

Die Herstellung schildert Verf. folgendermassen: Das vom kranken Körpertheil in üblicher Weise hergestellte Gypsmodell wird mit einem glatt anliegenden Trikotschlauch überzogen. Gleichzeitig wird guter, nicht riechender Tischlerleim, der 24 Stunden in Wasser von Zimmertemperatur aufgequollen und nach Abschütten des überflüssigen Wassers aufgekocht ist, heiss gehalten. In diesen werden Ligninfetzen mit einem kleinen kräftigen Borstenpinsel von $2^1/_2$ cm Durchmesser gemischt und das Ganze wird zu einer breiigen Masse verrührt. Diese Masse dient, erkaltet, als Fixationsmittel für den Verband. Damit der Trikotschlauch nicht am Modell festklebt, ist vorher glattes Wachspapier darunter gebracht. Nun werden über dem Trikot um das Modell einige sich dachziegelförmig deckende Mullbindentouren gelegt. Jetzt wird die flüssige Leimmasse intensiv aufgestrichen und mit der flachen Hand in die Unterlage eingerieben, wobei sich leichter Schaum bildet. Nun klebt man faltenlos eine zweite gleiche Lage Mullbinden darauf und überzieht das Ganze abermals mit einer Leimschicht, die ebenfalls wieder gut eindringen muss. Das gleiche kann zur Erzielung einer grösseren Haltbarkeit noch ein drittes Mal wiederholt werden. Nun soll das Ganze abermals mit einem Trikot überzogen werden. Der Verband muss 2—3 Tage bei Zimmertemperatur trocknen. Dann wird er der Länge nach aufgeschnitten und dem Patienten angepasst, wobei event. noch kleine Abtragungen mit dem Messer gemacht werden können. Werden die Ränder noch mit Leder überzogen, Schnürhaken resp. Oesen angebracht, Luftlöcher eingeschlagen — so ist der Verband fertig.
Krausse-Berlin.

Ein Beitrag zur Behandlung der Panaritien.

Von Dr. O. Schulze-Cottbus.
(Münch. mediz. Wochenschr. 1901, No. 11.)

Verf. behandelt vernachlässigte Panaritien abwartend mit Seifenwasser-Bädern und sah in 4 Fällen nach Ausstossung der nekrotisch gewordenen Endphalanx sowohl genügende Knochenneubildung als Ersatz des verlorenen Knochens als auch volle Beweglichkeit des Endgliedes eintreten. Seelhorst.

Ueber das Sterilisiren der Seidenkatheter.

Aus der chirurg. Klinik des Hofraths Prof. Rydygier zu Lemberg.
Von Dr. M. W. Herman, Assistent obiger Klinik.
(Centralblatt für Chirurgie, 1901, No. 8.)

Die schon auf so vielfache Weise angestrebte Keimfreimachung der Seidenkatheter sowie Nélatons, Bougies à boule, filiformen Bougies, elastischer Sonden ohne Beeinträchtigung ihrer Elastizität und Glätte, gelang dem Verfasser vollständig durch Verwendung der von Elsberg zur Sterilisirung von Katgut empfohlenen gesättigten Ammonium sulfuricum-Lösung; indem selbst mehrstündiges Kochen in dieser Lösung die genannten Eigenschaften nicht beeinträchtigte, ein 3—5 Minuten langer Aufenthalt in der siedenden Lösung nach gröbsten Verunreinigungen zur Sterilisirung ausreichte und auch ein Abwaschen vor Einführung in die Harnröhre nicht nöthig war, sondern schon einfaches Einfetten genügte, ohne dass Reizerscheinungen zu beobachten waren. Noch kein für denselben Zweck angegebenes Verfahren vereinigt Einfachheit und Sicherheit so wie das des Verfassers. Seelhorst.

Innere Medizin.

Ueber Appendicitis und ihren Zusammenhang mit Traumen.

Aus d. chirurg. Univ.-Klinik in Halle a. S. Prof. v. Bramann.
Von Dr. M. Neumann, Assistenzarzt d. Klinik.

Verf. spricht an der Hand von 152 in der v. Bramannschen Klinik zu Halle beobachteten Fälle von Appendicitis über die Indikation und Ausführung der Operation derselben. Er theilt sie mit Sonnenburg ein in eine A. simplex perforativa und gangraenosa. Er meint, bei Leuten der arbeitenden Klasse soll eine A. simplex nur unoperirt bleiben, wenn sie auf die bekannten Massnahmen prompt zurückgeht, sowie ohne Nachschübe und Recidive bleibt. Denn einmalige Recidive recidivirten meist wieder und man könnte nie wissen, ob der nächste Anfall so harmlos wie der überstandene verliefe. Erneute Druckschmerzen in der Heilung, einmalige Recidive sind dort unbedingte Indikation zur Operation d. h. zur Amputation des Proc. vermiformis. Statt Opium werden kleine Morphiumgaben verabreicht, um keine Erscheinung wie Zu- oder Abnahme des Druckgefühls, die wichtig ist für Verhalten und Prognose, künstlich zu coupiren. Verf. schildert den Operationsmodus bei A. simplex genau: Schrägschnitt etwas medial von der Spina in den meisten Fällen, Medianschnitt, wenn die Resistenz die Mitte überschreitet, Lumbalschnitt bei einer

Resistenz in der Lumbalgegend, dann Durchtrennen des Peritoneums zwischen zwei Pincetten emporgehoben, um adhärente Darmschlingen nicht zu verletzen, peinlichste Blutstillung um solche zu verhindern, bei bestehenden Adhäsionen Operiren möglichst nahe am Appendix und schliesslich die v. Bramann eingeführte bürzelförmige Einstülpung des Wurmfortsatzes in das Coecum. Schluss der Bauchhöhle durch Hautmuskelperitonealnähte oder Muskelperitoneal- + Hautnähte. Drainage nur, wenn eine Blutung nicht völlig gestillt war.

Bei Appendicitis perforativa und gangraenosa giebt das Peritoneum den Ausschlag: Persistiren der Erscheinungen bei strengster interner Therapie über 24—48 Stunden auch ohne Fieber ist sehr gefährlich, ein fehlender Tumor kann auf eine Nichtabgrenzung des Prozesses deuten, daher eine Operation eine Indikatio vitalis trotz des unsicheren Erfolges; bessern sich die Erscheinungen, um so günstiger, da festere Verwachsungen zu erwarten sind. Während dieser Zeit muss jedoch genaue ärztliche Kontrole bei geringen Morphiumgaben vorhanden sein: Zunahme des Tumors, die beginnende Verklebungen sprengen kann, Urinbeschwerden, die auf ein Fortschreiten des Prozesses ins kleine Becken deuten, Schüttelfröste im Verlauf, die akute Vorschübe signalisiren, indiciren unbedingt eine Operation. Dagegen lässt ein Nachlass der Symptome und ein Zurückgehen des Tumors bei interner Therapie ein harmloseres seröses Exsudat vermuthen. Die Probepunktion verwirft Verf., lässt sie nur zu, um den Druck in der Abscesshöhle zu mindern und ein Hervorstürzen des Eiters zu verhüten. Da bei der Operation alles auf die Schonung der Adhäsionen bezw. des Bauchfells ankommt, muss das Perit. pariet. möglichst geschont werden, falls nicht der Abscess sofort zu Tage liegt, was oft schon eine Infiltration der Bauchdecken andeutet, sonst muss möglichst nahe an der Spina il. ant. extraperitoneal nach hinten vorgedrungen werden. Kommen trotzdem Verletzungen vor, dann wird der Eiter erst nach 24 stündiger Tamponade abgelassen ohne Narkose. Nach der Eröffnung des Abscesses giebt es zwei Möglichkeiten: wird der Appendix bei vorsichtiger Palpation mit dem Finger nach Abfluss des Eiters gefunden, so soll er bis zum Coecum isolirt und total amputirt werden. Wird er nicht bald gefunden, darf das Suchen, um die Adhäsionen nicht zu lösen, nicht forcirt werden, daher zweizeitige Operation, die auch bei schwachen Verwachsungen, ja überhaupt nach v. Bramann's Meinung indizirt ist, da durch ein zweimaliges Operiren, ebenso vollwerthig, die erste Operation bei den meist sehr geschwächten Patienten sehr abgekürzt, eine beginnende Peritonitis zurückgehalten bezw. keine durch Zerreissung von Verwachsungen geschaffen und später der Appendix sicher total bei gutem Zustande des Patienten und resistenterem Peritoneum exstirpirt wird. Die erste Phase der Operation umfasst die Abscesseröffnung, Drainage und Tamponade der Höhle bes. der Stelle, wo der Appendix gefunden oder vermuthet wird, die zum ersten Male nach 8 Tagen wiederholt und bis zum Aufhören der Sekretion fortgesetzt wird, und in der zweiten Phase soll der Appendix nach Excision der granulirenden Bauchwunde und Peritonealeröffnung in Ruhe aufgesucht und amputirt werden. Die sorgfältige Naht der Bauchwunde kann hier gut ausgeführt werden, so dass eine Bauchhernie sicher vermieden werden kann, im Gegensatz zu einzeitigen Operationen, bei denen ausgiebig drainirt und tamponirt, aber nicht exakt genäht werden kann, aus Besorgniss vor einer Peritonitis.

Bei der Erörterung des Zusammenhanges zwischen Appendicitis und Trauma hebt Verf. zuerst hervor, dass es wichtig sei, ob schon ein appendicitischer Anfall vorausgegangen ist, weil schlummernde Entzündungs- und Eiterheerde durch ein Trauma rupturiren können, die sonst „vielleicht“ ewig geruht hätten. Nach seiner Meinung kann ein absolut gesunder Appendix ohne abnormen Inhalt bei seiner Kleinheit und mobilen Beschaffenheit nur schwer lädirt werden, anders wenn in ihm ein Kothstein, eventuell gross und hart, lag. Aus der Literatur hat Verf. nur 10 einwandsfreie Fälle von Appendicitis traumatica, jedoch aus den 152 Fällen der Hallenser Klinik 10 solche bei gesunden Menschen gefunden; bei den ersten fand er 8 mal, bei den letzten 9 mal einen Kothstein. Unter eingehender Berücksichtigung der Krankengeschichten kommt Verf. zu dem Resultat, dass lange fortgesetzte Bewegungen in gebückter Haltung, die eine Verkleinerung des Bauchinnern bedingen, mit andauernder Reibung der Schleimhaut gegen den Stein oder ein direkter Stoss unter Mitwirkung der Bauchpresse eine Verletzung der fSchleimhaut des Appendix hervorrufen können, in die die Inektion eindringt. Er stimmt nicht mit der Anschauung überein, dass ein Kothstein allmählich ein Geschwür der Darmschleimhaut mache und das Trauma die verdünnte Wand rupturire, da das nicht ohne Schmerzen verlaufen würde und die Bakterien sich eher in einem Einriss als einem Ulcus ausbreiten. Weil aber nach Verf. Meinung das Trauma noch keine totale Ruptur schafft, so können sich bei richtiger Behandlung und richtigem Verhalten der Patienten schützende Adhäsionen bilden. Also verwirft Verf. hohe Einläufe und Laxantien, da sie beginnende schützende Adhäsionen lösen können, so dass das Virus in den Bauchraum dringt, und warnt vor Bewegungen, da diese den kleinen Einriss innen zu einem totalen Durchriss machen können, räth vielmehr zu den bei jeder schweren Appendicitis geltenden therapeutischen Massnahmen. Krausse-Berlin.

Ueber einen Fall von Herpes Zoster des linken Beins nach Ergotin-Absorption.

Von M. Druelle.

(Progrès méd. 1901, 4. Mai).

Eine 23jährige Prostituirte erkrankt, nachdem ihr grosse papilläre Wucherungen abgetragen worden sind, mit heftiger Gebärmutterblutung. Sie bekommt vier Mal täglich 0,02 Ergotin (welches Präparat? Ref.) Schon am nächsten Tage treten heftige andauernde Schmerzen im linken Bein auf, denen am nächsten Tage der Ausbruch eines Bläschenausschlags an der vorderen inneren Fläche des linken Oberschenkels folgt. Der Ausschlag breitet sich dann weiter im ganzen Gebiet des Nervus obturatorius und des cruralis aus. Dabei ist, trotzdem alle Organe gesund erscheinen, die Körperwärme etwas erhöht. Erst drei Tage nach dem Aussetzen des Ergotins beginnt die Gürtelrose sich zurückzubilden, wozu sie etwa 14 Tage braucht.

Die Berechtigung, diese Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit auf Ergotinwirkung zurückzuführen, entnimmt Verfasser theils dem Fehlen anderer erkennbarer Ursachen, theils der Thatsache, dass man nach manchen Vergiftungen Herpes Zoster hat auftreten sehen. Freilich muss er zugeben, dass unter diesen Vergiftungen bisher die mit Ergotin noch nie genannt worden ist. Der Fall ist recht zweifelhaft.

Die Descendenz der Hereditär-Syphilitischen.

Von Dr. L. Julliou-Paris.

(Wien. med. Pr. N. 46/1900.)

Auf Grund von 90 genau analysirten Fällen giebt Verf. seine Beobachtungen über die speziellen syphilitischen Läsionen, über die Fruchtbarkeit der Hereditär-Syphilitischen, über Tod des Foetus, die Häufigkeit des Abortes und über die Manifestationen in der Konstitution, die sekundär durch Syphilis bedingt sind. Es ist eine so gedrängte Zusammenstellung vieler Behauptungen ohne Beweise, dass ein Referat darüber nicht möglich ist. Schwarze.

Die Frühdiagnose der Tuberkulose bei der versicherungspflichtigen Bevölkerung.

Von Dr. Ernst Neisser-Stettin.

(Klinisches Jahrbuch, Band VIII, Heft I.)

Die Statistik der Lungenheilstätten ergiebt, dass die Heilerfolge bei den im Anfangsstadium der Tuberkulose Aufgenommenen recht günstig sind, dass aber nur 12 Prozent der Aufgenommenen wirklich erst im Beginn der Erkrankung stehen; die übrigen 88 Prozent weisen eine viel schlechtere Statistik auf.

Wie soll man es nun aber den Aerzten ermöglichen, häufiger eine richtige Frühdiagnose zu stellen? Von allen neuerdings empfohlenen Unterscheidungsmitteln hat sich in zweifelhaften Fällen nur die Tuberkulinreaktion bewährt, von der Verfasser nie üble Nachwirkungen gesehen hat.

Es giebt aber nach Meinung des Verfassers noch einen Weg, öfter als bisher die Stellung der Diagnose zu ermöglichen, nämlich durch eine planmässige Ausnützung der gewöhnlichen klinischen Untersuchungsmethoden, wie sie in der Sprechstunde eines Kassenarztes allerdings unmöglich, auf einer besonderen Krankenhausabtheilung aber durchführbar ist.

Verfasser hat daher im Zusammenhang mit der von ihm geleiteten inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Stettin eine besondere Beobachtungsstation für die tuberkuloseverdächtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse eingerichtet: Hier kann jeder Kassenarzt die Patienten, bei denen er es für wünschenswerth hält, 7 Tage lang auf Kosten der Kasse, welche bei Verheiratheten während dieser Zeit Krankengelder zahlt, unterbringen. Als besondere Hilfsmittel bei der Beobachtung werden zweistündige Temperaturmessungen, tägliche Lungenuntersuchungen, nöthigen Falls auch Tuberkulineinspritzungen vorgenommen.

Falls sich Tuberkulose ergiebt, meldet die Station den Fall der Landesversicherung unmittelbar an, welche nach Prüfung der Ergebnisse gegebenen Falls das Heilverfahren übernimmt. Bei verständnissvollem Eingehen der Kassenärzte auf diese neue Einrichtung wird es hoffentlich gelingen, die Zahl der den Heilstätten zugeführten wirklich geeigneten Kranken zu vermehren.

Neurologie und Psychiatrie.

Das Vorkommen von Plasmazellen in der menschlichen Hirnrinde, nebst einigen Beiträgen zur Anatomie der Rindenerkrankungen.

Von Ragnar Vogt.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. IX, 1901, Heft 3/4.)

Das Ergebniss der systematischen Durchsuchung der Hirnrinde von geisteskranken und nicht geisteskranken Individuen, welche unter Nissl ausgeführt wurde, ist insofern von Bedeutung für die Leser dieser Zeitschrift, als nach V. der Befund von bestimmten Zellen, und zwar der Plasmazellen Marschalko's, in der Hirnrinde der Paralytiker von einer pathognomonischen Bedeutung ist. Sie finden sich hier immer und in erheblicher Menge, ausschliesslich um die Gefässe und vorwiegend in den Frontalwindungen. Ob die Plasmazellen auch bei andern Erkrankungen in diffuser Weise über die Gehirnrinde verbreitet vorkommen, ist fraglich. E. Schultze.

Ein Fall von traumatischer Blutung im Arachnoidealraum des Rückenmarks mit tödtlichem Ausgang.

Von Dr. Bull-Christiania.

(Mon. f. Unfallh. 1901. No. 6.)

Ein bis auf ein im vorigen Jahre erworbenes Geschwür am Gliede gesunder Ingenieur steigt von einem im Fahren befindlichen Strassenbahnwagen und fällt dabei mit dem Bauch auf das Pflaster. Er verspürt ein „Knicken“ im Rücken, sonst nichts. Am nächsten Tage fällt ihm das Gehen schwer, jeder Schritt thut ihm weh, ihm ist, als wären Waden und Füsse geschwollen. Nach mehr als drei Wochen fühlte er sich soweit besser, dass er eine kleine Reise unternahm. Alsbald verschlimmerte sich der Zustand wieder. Das Gehen verlernte der Kranke ganz und gar, seelisch wurde er stumpf und gedächtnissschwach. Wieder vergingen Wochen, während deren ein Hautausschlag um die rechte Brustwarze wieder auftrat, der vor dem Sturz schon einmal dagewesen war. $1^1/_2$ Monate nach dem Unfall fand man im Krankenhause die Kniesehnenreflexe aufgehoben, die Hautempfindung einseitig gestört. Die Stuhlentleerung war gestört. Bald wurden die Wadenbeinnerven völlig gelähmt, in den Vorderarmstreckern trat lähmungsartige Schwäche ein. Zwei Monate nach dem Unfall starb der Kranke.

Es fand sich bei der Leichenöffnung eine grosse Ansammlung von dunklem flüssigem Blute im Arachnoidealraum, meist im Rückenmarkskanal, zum Theil aber auch im unteren Schädelraum. Nirgends findet sich eine Quelle der Blutung, weder eine Knochen- noch eine Weichtheilverletzung. Am Brustmark sind die weichen Hüllen an einer kleinen Stelle blutig durchtränkt. Das ganze Rückenmark entlang finden sich in der grauen Substanz verstreute kleine Blutungen.

Verf. hält die Blutung für traumatisch, ein anderer Sachverständiger, Prof. Ruge, bestreitet den Zusammenhang mit dem Unfall. B. behält sich eine nähere Erörterung vor; in der Literatur hat er keinen Fall mit ähnlichem Sektionsbefunde entdeckt. Er citirt Fälle von Kiliani und Jakoby, bei denen die traumatische Blutung durch Lumbalpunktion festgestellt wurde, und referirt genauer einen in norwegischer Sprache veröffentlichten Fall von J. Bugge, in dem eine nach starker Seekrankheit aufgetretene Arachnoidealblutung durch Lumbalpunktion geheilt wurde.

Beitrag zum klinischen Studium der Deviationen und Kontrakturen neurotischen Ursprungs der Wirbelsäule.

Von Prof. Dr. Erasmo de Paoli.

(Wiener medizinische Presse, No. 20, 1901.)

Die Deviationen der Wirbelsäule hysterischen und neurotischen Ursprungs spielen für die Gutachterthätigkeit nicht selten eine wichtige Rolle, da sie fast meist nach Traumen entstehen. Die Ausführungen, die Verf. im Anschluss an einige eigene Beobachtungen in der vorliegenden Arbeit zu dieser Frage macht, dürften deshalb gerade für die Leser dieser Zeitschrift von Interesse sein.

Unter Berücksichtigung der auf diesen Gegenstand sich beziehenden Literatur, sowie seiner eigenen Erfahrungen fasst P. die bisherigen Anschauungen und Thatsachen folgendermassen zusammen: An prädisponirten Individuen kann nach einem leichten Trauma, auch spontan, langsam oder plötzlich, eine Fixation der Wirbelsäule eintreten, entweder in abnormer lateraler Deviation (Skoliose) oder seltener als Flexion mit Inklination. Die Fixirung erfolgt durch spastische Kontraktion, häufiger noch durch wirkliche Kontraktur der Muskeln auf einer Seite der Wirbelsäule. Frische Deviationen schwinden bei Suspension, ältere werden dadurch geringer, ohne vollständig zu verschwinden. Aenderungen können durch den Willen der Kranken erfolgen. Diese Veränderungen an der Wirbelsäule gehören der Gruppe der hysterischen Kontrakturen an, sowie der Pes equinus, die gebeugte Hand, die Kontrakturen im Kniegelenke etc. Allen gemeinsam ist der transitorische Charakter, sie erscheinen ohne jede oder nur gering-

fügige Veranlassung, zumal nach Traumen von geringer Bedeutung, pflegen spontan zu schwinden, ihren Sitz häufig zu wechseln und mit anderen Manifestationen der Neurose abzuwechseln. Sie vergesellschaften sich häufig mit schmerzhaften Sensationen, deren Sitz hauptsächlich die Wirbelsäule ist, strahlen jedoch ebenso häufig in Nervenbahnen aus, welche zu den deviirten Wirbeln nicht unmittelbar in Beziehung stehen. Die ausstrahlenden Schmerzen erstrecken sich häufig auf das Gebiet der Interkostalmuskeln, den Ischiadicus und die Ovarien. Die Schmerzen kommen oder verstärken sich anfallsweise. Manchmal besteht überaus starke Hyperaesthesie der oberflächlichen und tiefen Theile, in anderen Fällen keine spontane Schmerzhaftigkeit. Die erwähnten Erscheinungen stellen in der Regel vorzeitige Aeusserungen der Neurose dar und werden am häufigsten an Kindern und heranreifenden Personen beobachtet, meist weiblichen Geschlechtes. Während die Diagnose der Gelenksneurosen gewöhnlich nicht allzuschwer zu sein pflegt, da der offenbare Mangel von Veränderungen des Gelenkes, das Bestehen von umschriebenen Anaesthesien an den betreffenden Gliedmaassen und das Verschwinden der Rigiditäten in Narkose die Ausschliessung anderer Krankheiten gestattet, ist die Diagnose „Neurose der Wirbelsäule" eine sehr schwierige und ihre Erscheinungen können leicht auf Rhachitis oder Tuberkulose bezogen werden. In der grossen Mehrzahl der Fälle geht dem Beginne der Krankheit unmittelbar ein Trauma zuvor, das insbesondere die betreffende Partie der Wirbelsäule ergriff. Oft handelte es sich dabei nur um eine leichte Quetschung oder eine Gewalteinwirkung auf die Weichtheile. Zwischen dem Zeitpunkte der Einwirkung des Traumas und dem Zutagetreten der Neurose können Monate und Jahre vergehen. In seltenen Fällen kommt die Affektion ganz spontan zu Stande. Hat das Trauma als Gelegenheitsursache gewirkt, dann kann man von einer lokalen traumatischen Neurose im Sinne Strümpell's sprechen; auch hier handelt es sich ja um eine Art von funktionellen Störungen ohne materielle Laesion. Die betroffene Partie hat ihre normale Beziehung zur Psyche verloren und wird abnormen Einflüssen unterworfen, welche von den Willenszentren für die Bewegung ausgehen. Die Schmerzen sind nichts anderes, als abnorme spontane Hallucinationen der Zentren des Bewusstseins; der Sitz der Krankheit ist ein zentraler. Wie bei Manifestationen neurotischer Natur überwiegen auch hier die subjektiven Erscheinungen über die objektiven. Die Schmerzen treten anfallsweise auf und sind in der That ausserordentlich heftig. Die Kranken sind in immerwährender Bewegung, unruhig und scheinen Gefallen daran zu finden, die Aufmerksamkeit ihrer Umgebung zu erregen; ihre Nachtruhe ist gewöhnlich ungestört. Trotz der langen Dauer des Prozesses sind die materiellen Veränderungen geringfügiger Natur, der Ernährungszustand bleibt ein guter. Die Druckschmerzhaftigkeit an den Dornfortsätzen und der Sitz der schmerzhaften Irradiationen stimmen in der Regel weder mit der Difformität noch mit den anatomischen Verhältnissen der betroffenen Nerven überein. Die Bewegungsstörungen der Wirbelsäule stehen mit dem Sitz und der Form der Deviation ebenfalls nicht im Einklang; ihr Bild ist ein häufig wechselndes. Antiphlogistische Behandlung, Ruhigstellung vermittelst Bandagen vermehren in der Regel die Leiden, während Antispasmodica, Uebung und suggestive Therapie zumeist von Erfolg begleitet sind. Oft ist es auch von Nutzen, den Kranken begreiflich zu machen, dass man die wahre Natur ihrer Leiden erkannt habe, und dass es sich sicherlich nicht um eine schwere oder unheilbare Krankheit handele. Dies pflegt als eine Aufdeckung ihres unbewussten Betruges rasch beruhigend und bessernd zu wirken. Neben transitorischen Formen giebt es nach Verfassers Erfahrungen aber auch hartnäckigere und dauernde, die schliesslich so erhebliche materielle Veränderungen aufweisen können, dass die Deviation mit der Zeit zu einer unheilbaren werden kann. -y.

Alkohol und Geistesstörung.

Aus der k. k. 2. psychiatrischen Universitätsklinik in Wien (Vorstand: Prof. Frhr. v. Krafft-Ebing).

Von Ass. Doz. Dr. Josef A. Hirschl.

(Wiener Klinische Wochenschrift No. 15, 1901.)

Die im Nachstehenden wiedergegebenen statistischen Daten beleuchten eine Reihe von Fragen, die für den ärztlichen Sachverständigen nicht ohne Interesse sind. Zunächst ist hervorzuheben, in wie erschreckender Häufigkeit Fälle von chronischem Alkoholismus an der oben genannten Anstalt zur Beobachtung gelangen. Dabei ist zu bemerken, dass das Institut zur Aufnahme aller Fälle von Geistesstörung bestimmt ist, die in den ersten zehn Bezirken Wiens polizeilich bekannt werden, dass dasselbe überdies einen namhaften Theil der in den übrigen zehn Bezirken der Residenz auffällig gewordenen Geisteskranken erhält. In den letzten zehn Jahren nun wurden hier insgesammt rund 11 000 männliche Geisteskranke aufgenommen; unter diesen fanden sich nicht weniger als 3300 chronische Alkoholiker, also 30 Prozent! Die entsprechende Prozentziffer bei den Frauen ist nur gleich 4,4 Prozent. Dass auch die Zahl der Epileptiker und der Fälle von Dementia paralytica nicht klein ist (18,9 Prozent), bedarf bei dem Zusammenhang dieser Störungen mit dem Alkohol keiner besonderen Erwähnung. Machen doch die Psychiater, die sich mit der Alkoholfrage beschäftigen, mit Recht geltend, dass die Epilepsie zum grossen Theile ursächlich mit der chronischen Alkoholvergiftung zusammenhängt, indem bei einer grossen Reihe von Epileptikern chronischer Alkoholismus in der Aszendenz festzustellen ist. Die durch den Missbrauch alkoholischer Getränke erworbene Alkohol-Epilepsie selbst gehört zum Krankheitsbilde des chronischen Alkoholismus. Für die Dementia paralytica ist der akute Alkoholismus, der Rauschzustand, sehr häufig von der Bedeutung eines veranlassenden Momentes. Es kann bei einer grossen Anzahl von Fällen nachgewiesen werden, dass die syphilitische Infektion, die bei der Dementia paralytica stets vorangeht, in einem Rauschzustande erworben wurde. So viel über diesen Punkt. Mehr von klinischem Interesse ist die Frage, ob man den Alkoholikern sofort mit der Aufnahme den Alkohol absolut entziehen soll. Die Erfahrungen an dem genannten Institut sprechen dafür. Irgend welche bedrohliche Erscheinungen wurden durch die absolute Abstinenz niemals hervorgerufen. Von den behandelten rund 3300 Alkoholikern mussten ca. 28 Prozent der Irrenanstalt übergeben werden, was eine enorme Belastung dieser Anstalten bedeutet, wenn man bedenkt, dass viele dieser Kranken eine grosse Zeit ihres Lebens in der Anstalt verbleiben und durch ihr jedem Psychiater bekanntes brutales, rohes Verhalten, durch ihre Neigung zu Exzessen oft die grössten Schwierigkeiten bereiten. Schliesslich verlangt Verfasser schärfere gesetzliche Massnahmen zur Hintanhaltung der Trunksucht und die Errichtung öffentlicher Trinkerasyle. —y.

Vergiftungen.

Nachträgliches zu einem „fraglichen Fall von lethaler Brechweinsteinvergiftung".

Von Dr. Georg Strube, Gerichtsarzt in Bremen.

(Vierteljahrschr. für gerichtl. Med. 1901, Heft 3.)

Die Veröffentlichung von Harnack, welche in dieser Zeitschrift bereits referirt wurde, giebt Strube, welcher bei

der Angelegenheit gerichtsärztlich betheiligt war, Veranlassung, die Ausführungen H.'s in einigen nicht unwesentlichen Punkten zu bekämpfen, bezw. richtig zu stellen.

Hauptsächlich polemisirt er gegen H.'s Angabe, dass von der fraglichen Brechweinsteinlösung nur 7 Tropfen auf 1 g gehen. Nach Versuchen im Bremer Staatslaboratorium ergaben von einer konzentrirten Brechweinsteinlösung, die aus dem Originalfläschchen des fraglichen Vergiftungsfalles getropft wurden, 12 Tropfen 1 g, und bei 15 Kontrolversuchen mit 3 verschiedenen ebenso grossen Fläschchen betrug die Durchschnittsmenge der Tropfen auf 1 g 15. Wenn Harnack nur 7 Tropfen gemessen hat, so beweist dies eben nur die von ihm selbst betonte Ungleichmässigkeit des Tropfengewichts.

Strube betont ferner, dass nach Lage der Sache eine Untersuchung von Harn, Knochen und Unterlage der Leiche theils nicht ausführbar, theils nicht geboten war. Die Annahme Harnacks, dass ein Fettherz vorgelegen haben konnte, weist er als unzutreffend zurück. Schliesslich versichert er, dass gar keine Rede davon sei, dass der erstgerufene Arzt ohne Weiteres Selbstmord durch Cyankaliumvergiftung angenommen habe, der Kollege hat auf den Todtenschein als Todesursache „unbekannt (Cyankaliumvergiftung?)“ angegeben und dem Medizinalamt pflichtgemäss Anzeige erstattet. Darauf hat die Staatsanwaltschaft Ermittlungen veranstaltet, ohne einen ärztlichen Sachverständigen hinzuzuziehen, und lediglich diese Ermittlungen haben die Behörde zu der irrigen Annahme des Selbstmords geführt.

Vergiftung mit Chloralose in geringer Gabe.

Von Edward H. Douty-Davos.

(The Lancet 22. Dezember 1900.)

Eine junge Frau, welche gewöhnt war, öfter Chloral und Cocain zu sich zu nehmen, liess sich von ihrem Londoner Arzt ein Mittel gegen Schlaflosigkeit verordnen. Derselbe gab ihr Chloralose in einer Dosis von beinahe 5 g. Eine Stunde nach Einnehmendes Mittels fand man sie in ohnmachtartigem elendem Zustand, unfähig Arme und Beine zu bewegen, mit einem Gefühl von Taubheit in denselben. Die Sprache war verlangsamt. das Bewusstsein war klar, der Puls war gut. Nach fünf bis sechs Stunden erholte sie sich. Als sie aber eine Woche später zum zweiten Mal und zwar in derselben Stärke dieses Schlafmittel versuchte. waren die krankhaften Erscheinungen viel bedrohlicher. Dies Mal war sie vollständig bewusstlos, hatte cyanotisches Aussehen mit kaum bemerkbarer sehr verlangsamter Athmung. Die Beine waren krampfhaft an den Leib gezogen, das Kinn auf die Brust gebeugt. Der Puls betrug 80 und war leidlich gut. Die krampfhafte Kontraktion der Beine und des Nackens konnte nur mit Mühe durch passive Bewegungen überwunden werden. Mit Hilfe der künstlichen Athmung und heissen Wasserumschlägen besserte sich der Zustand sehr langsam. Sechs Stunden verharrte sie in diesem Zustand und war auch an dem ganzen folgenden Tag wie betäubt. Erst dann kam sie wieder ganz zu sich.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber den Tod durch Benzinvergiftung.

Von Dr. Racine, Kreisarzt in Essen a. d. Ruhr.

(Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin. 1901. Heft 3.)

Ein zweijähriges Kind trank 10—15 g käufliches Benzin, es verlor sofort das Bewusstsein, Athmung und Puls wurden beschleunigt, die Pupillen starr, die Gesichtsfarbe bläulich. Dann stellten sich klonische Krämpfe ein, und nach 2 Stunden erfolgte der Tod.

An der Leiche fiel zweierlei besonders auf: Die hellrothe Farbe der Todtenflecke, welche einer auffallend kirschrothen und flüssigen Beschaffenheit des Blutes entsprach, und die Anwesenheit zahlreicher Blutungen unter die Oberfläche der Nieren und der Lungen, sowie in die Leber und die Magenschleimhaut. Es bestand ferner eine Entzündung des gesammten Verdauungskanals mit hervorragender Betheiligung der lymphatischen Apparate. Das Gesicht sah bläulich aus, die Schleimhaut der Luftwege wies Schwellung und Blutüberfüllung, ähnlich wie beim Erstickungstod, auf. Auch das Gehirn war mit Blut überfüllt. In den Nieren bestanden die Zeichen einer parenchymatösen Entzündung. Harn war zur Untersuchung nicht vorhanden.

Verfasser macht darauf aufmerksam, dass man nach den bisherigen Erfahrungen eine verschiedene Verlaufsweise der Benzinvergiftung annehmen muss, je nachdem es sich um schwere oder um leichte Vergiftungen handelt: Bei Letzteren äussert sich die Nervenwirkung nur in einer leichten Benommenheit und Schläfrigkeit und tritt in Folge dessen ganz hinter den Erscheinungen der Magen- und Darmentzündung zurück. In schweren Fällen dagegen tritt, wie der oben beschriebene zeigt, die Wirkung des mit Benzin beladenen und durch dasselbe schon für den blossen Anblick veränderten Blutes auf das Gehirn durchaus in den Vordergrund.

Nicht ausgeschlossen wäre auf die Blutveränderung hin eine Verwechselung mit Kohlenoxydvergiftung; die spektroskopische Blutuntersuchung wird jederzeit die Unterscheidung ermöglichen.

Hygiene.

Gutachten der Königl. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, betreffend die Verarbeitung von Thierkadavern in Abdeckereien und die Verwerthung von Kadavermehl.

Referenten: Rubner und Schmidtmann.

(Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin. 1901. Heft 3.)

Die Deutsche Landwirthschaftsgesellschaft hat dem Kultusministerium einen Bericht über die Verwerthung von Abdeckereiabfällen eingereicht, welcher der wissenschaftlichen Deputation zur Begutachtung überwiesen worden ist. Es handelt sich in diesem Bericht einerseits um die Vernichtung der Thierabfälle in den Abdeckereien, andererseits um die Verwendung von Kadavermehl zur Ernährung von Thieren.

Was den ersteren Punkt betrifft, so ist es wissenschaftlich bereits erwiesen, dass die alten Abdeckereien aus hygienischen Gründen durch Anstalten, in denen die Thierleichen und Abfälle mit Hilfe von Hitze verarbeitet werden, ersetzt werden müssen. Alle organisirten Krankheitserreger werden durch Hitzgrade, wie sie etwa bei dem System Hartmann zur Anwendung kommen, sicher getödtet. Dagegen haben die Referenten in der Abdeckerei der Stadt Berlin einige Umstände wahrgenommen, welche gesundheitlich zu Bedenken Anlass geben: Einladung des keimhaltigen Materials und Entnahme des keimfrei gemachten findet in ein und demselben Raume statt, so dass hier das sterile Kadavermehl leicht neue Krankheitserreger aufnehmen kann. Statt dessen müsste die bei jedem grossen Desinfektionsapparat vorhandene strenge Theilung des Beschickungsraumes von dem Entleerungsraume durchgeführt werden.

Ferner müsste für thunlichste Fernhaltung der Fliegen gesorgt werden, welche sich auf dem Gebiete der Abdeckerei und besonders in dem zur Lagerung des Kadavermehls benützten Raume in sehr grosser Menge aufhalten. Die bauliche Einrichtung der Abdeckerei wäre derartig zu regeln, dass eine genügende Reinhaltung gewährleistet werden könnte.

Ob sich Kadavermehl zur Ernährung von Thieren eignet, ist eine der wissenschaftlichen Deputation im Ganzen fernliegende Frage. Sicher ist, dass das zum Theil halb verweste, zum Theil von vergifteten Thieren herrührende Fleisch, ebenso wie die nicht völlig vom Koth befreiten Eingeweide auch nach ihrer Keimfreimachung Stoffe enthalten, die der Gesundheit von Thieren schaden können. Wahrscheinlich werden auch durch die Erhitzung auf 120—140 Grad die Nahrungsstoffe zum Theil in minderwerthige Produkte umgewandelt.

Es ist aber fernerhin zu befürchten, dass das Fleisch der mit Kadavermehl gefütterten Thiere für den menschlichen Genuss ungenügend geeignet sein wird, weil es von dem ziemlich übelriechenden und schlecht schmeckenden Nahrungsmittel möglicher Weise unangenehme Eigenschaften annimmt. Es werden daher noch kritische Untersuchungen über die Eignung von Kadavermehl als Thiernahrungsmittel nothwendig sein.

Die Geschichte der Wasserversorgung des Oberschlesischen Industriebezirks.

Von Bloch.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. 23, S. 223.)

Verfasser giebt an der Hand des Aktenmaterials eine übersichtliche Darstellung der bis auf den Anfang des vorigen Jahrhunderts zurückreichenden Wasserkalamität im oberschlesischen Industriebezirke, als deren Ursache immer deutlicher der zunehmende Grubenbetrieb und die dadurch bedingte Drainage des Untergrunds sich erwiesen hat. Diesen Uebelständen hatte man anfangs durch Einzelbrunnen und Grubenwasserleitungen abzuhelfen gesucht, bis sich immer zwingender die Nothwendigkeit ergab, von dem Grubenbetrieb unabhängige zentrale Wasserversorgungsanlagen zu schaffen. Drei grosse Leitungen, zwei fiskalische und eine dem Kreise Kattowitz gehörige, deren Versorgungsgebiete auf einer beigefügten Karte veranschaulicht sind, versorgen gegenwärtig den oberschlesischen Industriebezirk mit einem einwandsfreien Wasser. Da diese Leitungen bei dem ausserordentlich schnellen Wachsthum der Bevölkerung gegenwärtig bereits an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angelangt sind, wird bei Zeiten auf die Bereitstellung weiterer Wasserbezugsquellen Bedacht zu nehmen sein. Zur Zeit, als der eigentliche Bearbeiter des Projekts, der inzwischen verstorbene Baurath Salbach in Dresden, im Jahre 1878 die Bohrungen und Untersuchungen für die fiskalischen Leitungen ausführte, handelte es sich um ein Versorgungsgebiet von rund 237000 Seelen, während gegenwärtig die Bevölkerung bis auf 582000 gestiegen ist.

Vielleicht noch schwieriger wird sich hier bei der zunehmenden Dichtigkeit der Bevölkerung, dem fortschreitenden Grubenbau und dem Mangel geeigneter Vorfluther die Frage der Beseitigung der Abfallstoffe gestalten, zumal auch hierbei eine Zentralisirung durch Zusammenfassung aneinander grenzender Gemeinden nicht zu umgehen sein wird.

Roth (Potsdam).

Daunen und Federn als Träger ansteckender Krankheiten und der Apparat von Lorch zu deren zweckmässiger Desinfektion.

Von Dr. H. Dobrzycky.

(Medycyna, 1901. No. 13—14.)

Zu den häufigsten, vielleicht auch gefährlichsten Trägern verschiedener Infektionskeime gehören zweifellos: Federn, Daunen und überhaupt das Bettzeug des Kranken, wie Kissen, Matrazen, Feder- oder Schlafdecken. Trotzdem wird der Desinfektion dieser letzteren Gegenstände wenig Aufmerksamkeit entgegengebracht, selbst in Deutschland, wo auf dem Gebiete der Desinfektion als einer Wissenschaft sehr viel gearbeitet und geleistet wird. Diese Erscheinung dürfte zum grössten Theil darauf zurückzuführen sein, dass die Industrie für die schwierige Desinfektion von Federn und Daunen keine zweckentsprechende Vorrichtung geliefert hat, und dass die Vornahme der Desinfektion von Bettzeug in Folge dessen mit grossen Schwierigkeiten verknüpft war. Unter diesen Umständen verdient der von Lorch konstruirte Apparat, der die schwierige Desinfektion von Federn und Daunen vereinfacht, allgemeine Beachtung. Der Apparat erinnert an ein kleines Lokomobil und besteht aus einem einige Meter langen Cylinder, der sich auf einem rechtwinkligen, ca. 1 m hohem Gestell befindet. Ein Drittel dieses Cylinders wird von einem Ofen eingenommen, die übrigen zwei Drittel von einer dicken, Z-förmig gebogenen Röhre, die an einer Seite mit dem Ofen kommunizirt, an der anderen mit einer senkrechten eisernen Röhre, die in die Esse mündet. Oberhalb des Ofens befindet sich ein Kessel, der mit Wasser gefüllt wird. Die Heizung wirkt unmittelbar auf den Boden des Kessels, bringt das Wasser zum Sieden, während die Flamme ihren Weg durch das gebogene Rohr nimmt und den Cylinder bis auf 100° und darüber erhitzt. Durch die Mitte des Cylinders verläuft eine eiserne Schiene, die genau der Achse des Cylinders entspricht, und an der senkrecht dicke Stäbe befestigt sind, die in Schaufeln auslaufen. Die Schiene ist mit einem rotirenden Rad verbunden. Da die Insertionspunkte der Stäbe an der Schiene in einer Spirallinie liegen, so funktionirt das Schaufelsystem bei der Drehung des Rades schraubenförmig, und der Inhalt des Cylinders macht verschiedene Bewegungen. Der praktische Werth des Lorch'schen Apparates setzt sich also zusammen: aus der Wirkung der trockenen Hitze, die bis auf 130° gebracht werden kann und einen Theil der Mikroorganismen abtötet, aus der Wirkung von fliessendem gesättigten Dampf, der eine Temperatur von 100° oder sogar noch mehr hat, und aus dem Umstand, dass die Federn sich in permanenter Drehbewegung befinden, so dass selbst die geringsten Theilchen derselben sowohl der Wirkung der trockenen Hitze, wie auch der des Dampfes ausgesetzt sind. In der That ergab die bakteriologische Untersuchung von mit dem Lorch'schen Apparat desinfizirten Federn oder Daunen, dass die Desinfektion eine durchaus befriedigende ist. In den entsprechenden Kulturen ist nur Bacillus subtilis gefunden worden.

Lb.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 22. Juni 1901.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Schäfer-Lengerich. Ueber öffentliche Trinkerfürsorge.

Vortragender betont nach Hervorhebung des Fortschrittes, den das Bürgerliche Gesetzbuch in der Bekämpfung der Trunksucht durch Gewährung der Möglichkeit der Entmündigung wegen Trunksucht brachte, dass die Irrenanstalten zur Behandlung Trunksüchtiger durch Trinkerheilanstalten keineswegs überflüssig geworden seien. Ausführlich erörtert er den Satz, dass die Trunksucht eine Geistesstörung sei, indem er auf die bei der Trunksucht vorkommenden geistigen Störungen und die bei der einfachen Trunksucht vorhandenen geistigen Abweichungen hinweist. Die letzteren offenbarten sich als moralische Schwäche und krankhafte Erregbarkeit. Es handele sich einmal um den Drang zum Trinken und um die geschwächte Widerstandsfähigkeit des Trinkers, auf die er des

Näheren eingeht. Endlich betont er, dass der Trinker ein chronisch kranker Mensch sei, bei dem sowohl die Nerven wie zahlreiche andere Organe in Mitleidenschaft gezogen seien. Die letzte deutsche Mässigkeitsbewegung habe einen Fortschritt in der Auffassung des Volkes gezeitigt, sodass der Trunksüchtige nunmehr als ein Kranker angesehen würde. Die Geistlichkeit und die Juristen hätten denn das Letztere auch bereits anerkannt. Schäfer will grundsätzlich festgelegt wissen, dass mit der Schaffung von Trinkeranstalten nicht etwa das Recht und die Pflicht der Irrenanstalten, Trunksüchtige aufzunehmen, aufgehört haben soll. Der grösste Theil der bis jetzt bestehenden Trinkerheilanstalten werde von Laien geleitet. So sehr der Geistlichkeit das Verdienst zuzugestehen sei, die erste Anregung zur Schaffung von Trinker-Asylen gegeben zu haben, so müsse doch ärztliche Leitung gefordert werden, da Sachverständniss unbedingt zur Leitung derartiger Anstalten erforderlich sei. — In erster Linie hätten die Provinzialverbände die Pflicht, für die Unterbringung von Trunksüchtigen zu sorgen, wobei eine Mithilfe von seiten des Staates freudig zu begrüssen wäre. Die Behörden müssten sich entschliessen, öffentliche Trinkerheilanstalten mit eigener Verwaltung zu errichten. Bei dem Wankelmuth der Trinker könne von einem freiwilligen Hineingehen derselben in derartige Anstalten nur wenig erwartet werden, von der Entmündigung der Trinker müsse ausgiebiger Gebrauch gemacht werden. Da der Trinker keinen freien Willen habe, so könne ihm derselbe auch durch die Entmündigung nicht genommen werden, dahingegen werde durch die Entmündigung an Stelle des kranken ein gesunder Wille gesetzt werden. Schätzungsweise kämen zwei Trinker auf je 100 000 Einwohner, daher eine Anstalt für jede Provinz nöthig erscheine. Sch. stellt folgende Thesen zur Diskussion.

Thesen.

1. Die Trunksucht ist eine Geistesstörung.

2. a) Der Umstand, dass das Bürgerliche Gesetzbuch (§ 6) die Trunksucht als Entmündigungsgrund von der „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ trennt, enthält keinen Widerspruch gegen These I. Es ist demgemäss gesetzlich ohne Bedeutung, ob ein wegen Trunksucht Entmündigter in einer Trinkeranstalt oder einer Irrenanstalt untergebracht wird, wenn auch praktisch in der Mehrzahl der Fälle die Aufnahme in eine Trinkeranstalt derjenigen in eine Irrenanstalt vorzuziehen ist.

2. b) Dementsprechend bedarf es auch für einen wegen Trunksucht entmündigten und in einer Irrenanstalt untergebrachten Kranken der Hinzufügung der Entmündigung wegen „Geistesschwäche“ niemals und wegen „Geisteskrankheit“ nur dann, wenn die durch Entmündigung wegen Trunksucht erzielte Beschränkung der Geschäftsfähigkeit des Entmündigten bei der Art seines Geisteszustandes nicht genügt.

2. c) Der Erlass einer ministeriellen Verfügung, welche die in dieser Frage bestehende Unsicherheit beseitigt, ist dringend erwünscht.

3. Es ist eine Bestimmung zu treffen, nach welcher in Ergänzung des § 680 C.-P.-O. bei dem Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht stets ein Arzt als Sachverständiger zugezogen werden muss.

4. Die Errichtung öffentlicher Trinkeranstalten ist ein dringendes Bedürfniss und eine wesentliche Voraussetzung für die Nutzbarmachung des § 681 C.-P.-O. sowie des § 1631 B. G.

5. a) Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Trinkeranstalten ist der schleunige Erlass von Partikulargesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in denselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschehen ist.

5. b) In das zu erlassende Gesetz ist eine Bestimmung aufzunehmen, nach welcher nur solche Anstalten für Trinker als geeignet anzusehen sind, deren Leitung in den Händen spezialwissenschaftlich vorgebildeter Aerzte liegt.

6. a) Gleichzeitig muss der Erlass eines Reichs-Trinkergesetzes nach Art des seit Jahren vom Deutschen Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke verlangten als in hohem Grade wünschenswerth bezeichnet werden.

6. b) In diesem Trinkergesetz darf die Bestimmung nicht fehlen, eventuell wäre sie auf dem Verordnungswege zu erlassen, dass Trunksüchtige unter gewissen Voraussetzungen gegen ihren Willen auch ohne vorherige Entmündigung in Anstalten aufgenommen werden können.

Leppmann (Moabit) will dem Vortragenden zugeben, dass, theoretisch genommen, Jemand, der unter den gewöhnlichen Verhältnissen nicht mehr die Kraft hat, dem Anreiz zum übermässigen Genusse geistiger Getränke zu widerstehen, ein Geisteskranker ist, trotzdem möchte er sich gegen diejenigen Thesen des Vortragenden wenden, welche die „einfache“ Trunksucht als Aufnahme- und Festhaltungsgrund in einer Irrenanstalt und womöglich noch die Festlegung einer solchen Bestimmung auf dem Verordnungswege fordern.

Die Irrenanstalt als solche ist auch heutzutage noch für alle Kreise des nichtärztlichen Publikums, auch des gebildeten ein so unheimlicher Ort, dass jede zwangsweise Festhaltung eines Trunksüchtigen daselbst zu öffentlicher Beunruhigung und zu einer Sympathie für das Individuum Anlass geben kann, welche der guten Sache der Trinkerbehandlung abträglich werden muss.

Die Irrenärzte haben ja in dieser Beziehung schon eine genügende Erfahrung an den vielen Trinkern, welche wegen irgend einer akuten Geistesstörung der Trinker, sei es ferocitas ebriosa, sei es Delirium, ja sogar wegen der ersten Regungen paranoischen Eifersuchtswahns in Anstalten und wie dies in der Natur der alkoholischen Störungen liegt, nach Fernhalten des schädlichen Giftes auffallend schnell in die Remission kamen.

Bei keiner Krankengattung als bei dieser war es schwerer, behördlichen Revisionen, sowohl wie dem Ansturm der Angehörigen und sogenannter guter Freunde gegenüber es klar zu machen, dass ein derartiger Rekonvaleszent zur Festigung des günstigen Zustandes eine völlige und zwar gezwungene Abstinenz längere Zeit durchmachen müsse, sonst sei er oft schon wenige Stunden nach der vorzeitigen Entlassung in der alten Lage.

Die Unmöglichkeit, solche vorübergehend bereits im engeren Sinne geistige Gestörte in geeigneter Form nachzubehandeln, habe die Entmündigung wegen Trunksucht und die darauf folgende Festhaltung der Trinker dort, wo es der Vormund will, also auch in einer Trinkeranstalt als geeigneten Ausweg erscheinen lassen.

Noch hat sich das Volk mit den neuen Verhältnissen nicht vertraut gemacht. Wie misstrauisch man gegen die Beeinträchtigung der persönlichen Freiheit selbst beim Trinker ist, zeigt die Ausschaltung der Antragsberechtigung des Staatsanwalts. Verschwindend gering sind noch die Anträge auf Entmündigung wegen Trunksucht und namentlich die grossen Kommunen haben noch kein systematisches Vorgehen.

Deshalb möge man doch erst abwarten, wie sich Publikum und Behörden in die neu geschaffenen Verhältnisse einleben und ob wir wirklich eine bemerkenswerthe Zahl von Trinkern auf Grund dieses Gesetzes sequestriren können und nicht durch zu weit gehende Forderungen das Wenige, was errungen ist, von vornherein unpopulär machen.

Dazu kommt noch, dass der Trinker, sobald die psychische Erregung die ihn der Anstalt zuführte vorüber ist, oft ein recht lästiger Gast in der Anstalt wird, der die noch vorhandene Intelligenz mit dem Mangel an ethischen Skrupeln vereinigt und so zur Störung der Ordnung beiträgt.

Colla stimmt dem Vorredner zu. Nach der Entlassung des Trinkers aus der Irrenanstalt, in der er oft rechtlich nicht behalten werden könne, sei er verloren, wenn er nicht in Spezialanstalten untergebracht werde. C. tritt für die Unterbringung von unheilbaren Trinkern in Trinker-Bewahranstalten ein, für Trinker, die schwachsinnig und jeder Suggestion unzugänglich seien. Trinker dürften nur dann in Irrenanstalten aufgenommen werden, wenn ausgesprochene Geistesstörung vorhanden sei.

Burmester wendet gegen die Errichtung von öffentlichen Trinkerheilanstalten ein, dass bei der grossen Anzahl der Insassen eine individuelle Behandlung schwer zu ermöglichen sein würde, ferner, dass die Leute aus niederen Ständen, für die eine solche Provinzialanstalt vorwiegend bestimmt sei, meist einsichtlose Trinker seien und zwangsweise in die Anstalten hineinkommen würden, was eine schlechte Voraussicht gewähre. Das Haupterforderniss einer erfolgreichen Behandlung sei individuelle Einzelbehandlung. Weiter spreche der Kostenpunkt gegen die Errichtung von öffentlichen Trinkerheilanstalten, da die Beköstigung bei dem in der Regel vorhandenen starken und anhaltenden Appetit der Trinker während der Abstinenz eine unverhältnissmässig theuere sein würde, eine gute Ernährung aber erforderlich sei.

Falkenberg macht gegen die Errichtung von öffentlichen Trinkerheilanstalten geltend, dass die Meinungen über deren Einrichtung noch nicht geklärt seien; es frage sich z. B., ob es sich um offene oder geschlossene Anstalten handeln solle, und, wenn ein Zwang angewendet werden sollte, ob ein blosser moralischer Zwang, der schwerlich ausreichend sein werde. Gegen die Trennung der heilbaren und unheilbaren Trinker und die Unterbringung der letzteren in Trinkerbewahranstalten verwahrt er sich, da die Trinker eben ihres Schwachsinnes wegen unheilbar seien, der es dann ermögliche, derartige Individuen in Irrenanstalten unterzubringen.

Guttstadt betont, dass Trinkerheilanstalten keine Konzession haben; aus diesem Grunde würden auch nicht die an eine Krankenanstalt zu stellenden Anforderungen in Bezug auf Leitung und Personal bei den Trinkerheilanstalten gestellt werden können. Man komme nur weiter, wenn man die Regierung veranlasse, nur konzessionirte Trinkerheilanstalten zu dulden.

Schaefer erwidert Herrn Leppmann, dass nach Ablauf der akuten Störungen, die die Aufnahme in die Irrenanstalt veranlasst haben, es sich dann nur um gewöhnliche Trinker handele. Es müsse der praktischen Erfahrung überlassen bleiben, in welchen Fällen man einen Trinker in eine Irrenanstalt, einen anderen in eine Trinkerheilanstalt bringe. Die Trinker müsse man in grösserer Zahl zusammen behandeln lernen.

Colla hat die gegentheilige Erfahrung gemacht wie Herr Falkenberg, und führt aus, dass die schwachsinnigen und unheilbaren Trinker eine Krux der Irrenanstalten seien, und dass sich für dieselben besondere Trinkerverwahranstalten eignen.

Neisser bekämpft These 1 als theoretisch und in ihrer Form anfechtbar und tritt dafür ein, die These su zu formuliren, dass daraus hervorgehe, man habe nur bestimmte Grade von Trunksucht im Auge.

Leppmann fragt, ob Jemand denn Fälle kenne, wo es bereits praktisch durchgeführt sei, dass ein Trinker wider seinen Willen in einer Trinkerheilanstalt auf Antrag des Vormundes zurückgehalten wurde, und ob die Polizei Hilfe geleistet hat, wenn ein Trunksüchtiger aus einer solchen entlaufen sei.

Waldschmidt antwortet, dass dies vorläufig praktisch noch nicht vorgekommen sei. Ein Vormund könne einen Menschen nicht ohne ein amtsärztliches Attest interniren. Eine Trinkerheilanstalt mit Konzession oder Detentionsrecht gebe es nicht. Man müsse möglichst freie Anstalten haben, in denen individuell behandelt werden könne. Die Anstalten müssten daher klein und keine Staatsanstalten sein, für die sich schwer ein abstinentes Personal finden lassen werde. Unter Heilung beim Trinker verstehe man nur die Erziehung zur Abstinenz; der Trunksüchtige sei unheilbar und bleibe nach wie vor ein chronischer Alkoholist.

Bratz erklärt, dass des sächsische Justizministerium die Frage bejaht habe, dass ein Vormund berechtigt sei, einen trunksüchtigen Entmündigten zwangsweise in eine Anstalt zu überführen, gemäss den Motiven des B.G.B.

Schaefer fragt, ob entschieden sei, dass er auch festgehalten werden könne.

Bratz bejaht dies.

Brasch erkundigt sich, wie in Sachsen das unbestrittene Recht des Vormundes ausgeübt würde. Ob dem Vormund auf seinen Antrag die Polizei bei der Unterbringung eines entmündigten Trinkers in einer Anstalt zur Verfügung stehe.

Wulffert spricht sich ähnlich wie Herr Waldschmidt aus, dass ein Trinker zur Abstinenz gebracht werden müsse. Die Trunksucht sei nicht nur eine Geistesstörung, sondern auch eine Volkskrankheit. Das Personal der Anstalten müsse ebenfalls abstinent sein, deshalb trage er Bedenken gegen die Errichtung von öffentlichen Trinkeranstalten.

Schaefer bemerkt zum Schluss, dass die gesetzlichen Grundlagen erst nach Errichtung von öffentlichen Anstalten und den dabei gemachten Erfahrungen geschaffen werden können. Nach der sächsischen Entscheidung sei es zweifellos, dass eine gesetzliche Handhabe vorhanden sei, einen entmündigten Trinker in einer Heilanstalt festzuhalten, es bedürfe diese Frage nur der Reglementirung.

Auf Antrag des Herrn Waldschmidt wird eine Kommission zur Prüfung der von Herrn Schaefer vorgeschlagenen Thesen und zur Beschlussfassung über dieselben eingesetzt. In dieselbe werden die Herren Waldschmidt, Guttstadt und Leppmann gewählt. M. E.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Sitzung vom 11. März 1901.

1. Herr Bernhardt: Vorstellung eines ca. 3jährigen Knaben mit Riesenwuchs und abnorm starker Entwicklung der Geschlechtstheile. Das aus gesunder Familie stammende Kind war bei der normalen Geburt gleich sehr kräftig. Seit $1^1/_2$ Jahren wächst es auffällig. Es sieht wie ein 8jähriges Kind aus und hat einen Penis von 6 cm. Länge und vollständig ausgebildete Schamhaare. Der Kopfumfang beträgt 53 cm; es ist 103 cm. gross und wiegt $49^1/_2$ Pfund. Wegen eines Ausflusses aus den Genitalien gingen die Eltern zum Arzt. Die Hoden sind mindestens taubeneigross. Der Knabe soll sich gut benehmen und spricht wie ein 3jähriges Kind. Im übrigen sind keine nervösen Störungen vorhanden. Der Augenhintergrund insbesondere ist normal im Gegensatz zu einem von Slawyk vor zwei Jahren in der

Charitégesellschaft vorgestellten ähnlichen Fall mit doppelseitiger Neuritis optica, in welchem an Acromegalie und eine Neubildung des Gehirns gedacht und bei der Sektion eine Geschwulst der Glandula pinealis gefunden wurde. B. erinnert sich an eine Beobachtung von Prof. Lesser, in welcher es sich um ein 6jähriges Mädchen mit abnormem Haarwuchs am ganzen Körper und abnorm frühzeitiger Geschlechtsreife handelt. Er denkt bei dem vorgestellten Fall nicht an Akromegalie, weist aber auf einen Fall von Akromegalie hin, welcher in früher Jugend ein Riesenkind gewesen wäre.

Herr Oppenheim hat abnorm starke und abnorm frühzeitige Entwickelung der Genitalien bei einem Fall von Epilepsie und zwei Fällen von Poliomyelitis anterior acuta gesehen, wofür er sich eine Erklärung nicht zu geben vermochte.

Herr Remak fragt nach Erektionen.

Herr Bernhardt giebt die Möglichkeit zu, dass an den Genitalien des Kindes manipulirt worden ist.

2. Herr Brasch (Martin): Ueber die sogenannte hereditäre und infantile Tabes.

Das 15jährige Mädchen stammt von einem vor zehn Jahren an Tabes erkrankten Vater, der vor 25 Jahren einen geschwürigen Ausschlag hatte. Von zehn Geschwistern starben die meisten in ganz jugendlichem Alter. Sie hatte 14 Tage nach der Geburt einen Ausschlag auf dem Kopf und im Gesicht, von dem noch jetzt Narben sichtbar sind. Die Pat. hat Pupillendifferenz und Lichtstarre, fehlende Patellarreflexe und Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln. Infantile Fälle von reiner Tabes seien selten. B. bedauert, dass in der neueren Litteratur für Fälle von infantiler und hereditärer Lues cerebrospinalis die Bezeichnung Tabes infantilis gewählt ist. Dadurch würden den Gegnern der Syphilis-Aetiologie der Tabes bequeme Waffen zur Bekämpfung jener Theorie geliefert. In der Litteratur gäbe es nur sieben Fälle, in denen im Kindesalter auf kongenitale Lues sehr bald eine echte Tabes ohne Einwirkung von andern Schädlichkeiten folgte. Auch Fälle von hereditärer Tabes, selbst solche, wo Vater oder Mutter und ein Abkömmling im erwachsenen Alter erkrankten, wären nicht häufig veröffentlicht. Aeusserst selten endlich ist hereditär-infantile Tabes, wie der vorgestellte Fall, der sich durch die Reinheit der Tabessymptome und die Seltenheit des Zusammentreffens von Heredität und Infantilismus auszeichne.

B. macht endlich auf das häufige Vorkommen der Lues unter Ehegatten aufmerksam und führt drei derartige von ihm behandelte Ehepaare an. Er glaubt, dass bei regelmässigerer Untersuchung von Ehegatten das Zusammenvorkommen von Luischen, Tabischen und Paralytischen öfter festgestellt werden würde und hebt die Bedeutung dieser Fälle für die Syphilis-Aetiologie von Tabes und Paralyse hervor.

Herr Gumperz hat einen Fall von infantiler Tabes beschrieben. Das Kind war vorher an syphilitischer Keratitis behandelt worden. Er erwähnt dann einige Fälle von Lues in der Familie.

Herr Kron weist auf ein 16jähriges Mädchen mit Tabes hin, welches in den ersten Wochen vom Kindermädchen syphilitisch infizirt und dessen Vater Paralytiker war. Man nehme das Hinzutreten eines anderen Momentes zur Syphilis für die Aetiologie der Tabes als naheliegend an. Sonst wären die Tabesfälle noch häufiger. Er untersuche stets die Frauen der Tabiker. K. geht auf einen bemerkenswerthen Fall von Lues in der Familie näher ein. Die syphilitische Infektion von zwei Ehegatten war zu gleicher Zeit erfolgt und nach Jahren boten beide dasselbe Stadium der Tabes dar.

Herr Kalischer betont, dass die infantile Tabes keine echte wäre, sondern immer mit Syphilis zusammenhänge. Einen Fall von hereditärer Tabes bei Mutter und Sohn, in welchem von Lues nicht die Rede war, habe er 1897 vorgestellt. Er glaubt, dass eine schwere erbliche Belastung in der Aetiologie der Tabes eine bedeutungsvolle Rolle spielt.

Herr Brasch erwidert Herrn Kalischer in längerer Darlegung, dass er dem hereditären Moment bei der Tabes keinen Werth beilegt.

3. Herr Gumperz: Fall von puerperaler Poliomyelitis anterior. G. stellt eine 24jährige tuberkulöse Frau vor, welche acht Tage vor ihrer Entbindung eine Störung der feinen Handbewegungen, einige Tage nach derselben eklamptische Anfälle bekam und acht Tage nach derselben Radialisstellung beider Hände aufwies. Es besteht eine partielle, doppelseitige, atrophische Lähmung im Radialisgebiet. Vortr. glaubt, dass die Lokalisation der Lähmung nicht für Neuritis puerperalis spricht und nimmt eine akute Poliomyelitis anterior an. Er führt die Lähmung ebenso wie die Eklampsie auf Embolien in Folge von Tuberkulose und Puerperium zurück.

Herr Remak wendet sich gegen die Auffassung, dass es sich um eine spinale Erkrankung handelt und weist auf seine ausführliche Beschreibung der puerperalen Neuritis hin.

Herr Gumperz erläutert die Gründe, welche für seine Auffassung sprechen.

4. Herr Placzek: Zur pathologischen Anatomie der spinalen Kinderlähmung. (Demonstration schöner Präparate). Der ausführlich erörterte frische Fall weist einen streng auf das Vorderhorn und die davon abhängigen Theile begrenzten Prozess auf, der wohl als Poliomyelitis anterior acuta bezeichnet werden kann und die Auffassung von dem primären vaskulären Ursprung des Leidens zu stützen geeignet ist.

5. Herr Henneberg: Ueber den zentralen Verlauf des Gowers'schen Bündels beim Menschen.

Nach genauer Darlegung seiner diesbezüglichen anatomischen Untersuchungen führt H. aus, dass das Gowers'sche Bündel nicht der Leitung für Schmerz- und Temperaturreize dienen kann.

Sitzung vom 13. Mai 1901.

1. Herr **Jolly:** stellt einen Fall von syphilitischer spinaler Meningomyelitis vor, die sich klinisch als eine in zwei Schüben aufgetretene Brown-Sequardsche Lähmung erst der einen, dann der anderen Rückenmarkshälfte darstellte. Bei dem ersten Anfall wurde vorwiegend die rechte untere Extremität motorisch gelähmt, bei Hyperästhesie für Schmerzempfindungen und Temperaturen, während eine sensible Lähmung am linken nur paretischen Bein nachzuweisen war. Unter einer Schmierkur besserten sich diese Erscheinungen allmählich. Nach wenigen Monaten kam die zweite Attaque. Jetzt wurde das linke Bein motorisch völlig gelähmt, während das rechte nur weniger davon ergriffen wurde. Gleichzeitig kehrten sich die Sensibilitätsstörungen um. Das beweglichere rechte Bein wurde nun anästhetisch, das linke gänzlich gelähmte hyperästhetisch. Ausserdem zeigte sich Anästhesie am Rumpf bis zur Brustbeingegend. Diese Erscheinungen sind noch jetzt nach 5jährigem Bestande und Behandlung in der Charité nachweisbar und werden demonstrirt. Nach dem zweiten Anfall bekam die Patientin starke Beugekontrakturen in beiden Extremitäten, die durch Tenotomie beseitigt werden mussten. Ferner hatte sie durch Decubitus, durch eine Phlegmone in Folge von Morphiuminjektion und durch beständige spontane reflektorische Bewegungen in den Beinen zu leiden. Der Fall lasse an die von französischen Autoren so genannte doppelseitige Halbseitenläsion des Rückenmarks denken. Der erste Schub sei von der rechten, der zweite von der linken Seite des Rückenmarks offenbar ausgegangen. Die Erfolglosigkeit der Behandlung beim zweiten Anfall deute auf mani-

feste Veränderungen im Rückenmark. Vortr. hofft bald über die anatomischen Verhältnisse berichten zu können, da Pat. an Nephritis leide und in Folge von Herzzufällen bereits wiederholt dem Tode nahe war.

Herr Oppenheim berichtet über einen ebenfalls auf Lues beruhenden Fall, mit zweimaligen Attaquen von Brown-Sequardscher Lähmung, in welchem überraschender Weise an demselben einseitig gelähmten Beine die Anästhesie gefunden wurde. Es stellte sich heraus, dass Pat. einige Jahre vorher eine Lähmung am anderen Bein bekommen hatte, welche sich wieder zurückbildete, während die Gefühllosigkeit im gekreuzten Bein bestehen geblieben war.

Herr Remak betont, im vorgestellten Fall wäre auffällig, dass das vorher anästhetische Bein nachher hyperästhetisch geworden wäre. Er geht dann näher auf die Dissociation der Gefühlsstörungen ein und erkundigt sich nach seinem Femoralreflex im Jolly'schen Fall.

Herr Jolly interessirte besonders das Ueberspringen der Hyperästhesie von einer Seite auf die vorher anästhetische andere Seite. Um Klarheit in die merkwürdigen Sensibilitätsverhältnisse zu bringen, wäre die Sammlung anatomischen Materials erwünscht.

Herr Jolly demonstrirte ferner eine Reihe von Zeichnungen und Bildern von Irren der Charité aus dem Anfang des vorigen Jahrhunderts.

Herr **Seiffer:** Ueber die spinale Sensibilitätsvertheilung. Wegen der Differenzen und Unzulänglichkeit der bisherigen Schemata für die Segment-Diagnose der Rückenmarkskrankheiten hat S. auf Grund aller bisherigen Untersuchungen ein spinales Sensibilitäts-Schema zusammengestellt, welches für die Eintragung am Krankenbett bestimmt ist, alle dazu nothwendigen Fixpunkte der Haut und Knochen und die einigermassen sicher festgestellten Grenzlinien enthält. So viel man von einem Schema verlangen könne, habe sich dasselbe bei klinischen Untersuchungen zweckmässig gezeigt. Es erscheint demnächst in der Hirschwald'schen Buchhandlung.

Herr Prof. F. Krause hebt die Bedeutung eines derartigen Schemas und seine Nothwendigkeit für den Chirurgen bei der Segmentdiagnose von Rückenmarksgeschwülsten hervor. Bisher wäre es häufig vorgekommen, dass sich der Operateur um eine grössere Zahl von Dornfortsätzen geirrt hätte. Er selbst habe sich mühsam ein Schema entworfen und in drei Fällen die ziemlich exakte Diagnose operativ bestätigen können.

Herr Blaschko führt aus, dass eine Anzahl von Linien und Figuren bei Herpes zoster und einer Reihe von Hautkrankheiten nicht nur ein entwicklungsgeschichtliches Interesse hätten, sondern auch für den Neurologen Bedeutung erlangen könnten.

An der Diskussion betheiligten sich ferner die Herren Schuster, Oppenheim und zum Schluss Herr Seiffer.

3. Herr **Shoczynski:** Ueber einen ungewöhnlichen Fall von multipler Sklerose. (Demonstration.) Ein Mann hatte im Anschluss an eine Erkältung typische Erscheinungen der multiplen Sklerose bekommen. Als kleines Kind hatte er von einem Pferdehufschlag eine Narbe am Kopf zurückbehalten, die aber keine weiteren Folgen gehabt hatte. Die Sektion ergab überall im Gehirn und Rückenmark grosse sklerotische Herde. Besonders das Kleinhirn war in ungewöhnlichem Grade daran betheiligt.

Sitzung vom 10. Juni 1901.

Curt Mendel. Dystrophia musculorum progressiva. Vortragender stellt zunächst zwei Brüder mit dem ausgesprochenen Bild der progressiven Muskel-Dystrophie vor. In einem dritten Falle handelt es sich um einen 16jährigen, hereditär nicht belasteten jungen Mann, welcher im 9. Lebensjahre beim Turnen Schwäche in den Händen und Beinen bemerkte. Seit einem Jahre besteht eine deutlichere Gangstörung. Die Untersuchung ergab ausser Facies myopatica und Hypertrophie an den Waden und Glutaeen mit stark herabgesetzter elektrischer Erregbarkeit eine ausgesprochene Atrophie an beiden Daumenballen, an den Interossei und Infraspinati, und Entartungsreaktion im Adductor pollicis und Interosseus 1. In den übrigen Interossei besteht Herabsetzung der Erregbarkeit. Im Abductor policis brevis und opponens fehlt die elektrische Erregbarkeit. — Vortragender erörtert die Deutung dieses Falles vom anatomischen Standpunkt. Es bestehe die Möglichkeit eines primären rein spinalen Prozesses, ferner die einer Kombination von myopathischem und spinalem resp. spinal-neurotischem Leiden, endlich einer primären rein musculären Erkrankung. Von diesen Deutungen hält er die dritte für die wahrscheinlichste. Der Fall zeige jedenfalls, dass klinisch sich das Bild der Dystrophia musculorum progressiva mit demjenigen der spinalen Muskelatrophie verbinden könne und dass Uebergänge zwischen beiden Leiden vorkämen.

Remak macht auf die von Erb schon vor Jahren beobachtete knollenförmige Kontraktion verschiedener Muskeln bei der Dystrophia musculorum progressiva aufmerksam, wie er sie in einem Falle beobachtet hat. Ferner weise er auf die Möglichkeit eines Irrthums in der Diagnose bei Kindern hin, bei denen es sich um einen einfachen Fall von Rachitis handeln könne und bei denen einige Symptome an die Dystrophia musculorum progressiva erinnern könnten. So habe er bei einem Kinde ursprünglich die letztere Diagnose gestellt, indem Symptome der losen Schulterblätter und das Aufstehen aus der horizontalen Lage in charakteristischer Weise vorlagen. Das Kind hatte Schmerzen in den Knieen, watschelnden Gang und bekam nach mehreren Jahren Verdickung der Symphysen und ein starkes genu valgum beiderseits, sodass der rachitische Charakter offensichtlich wurde.

Bernhardt führt aus, dass sich bei Kindern mit spinalen Lähmungen in Folge der mangelhaften Funktion der Beine eine Ueberanstrengung der Handmuskulatur einstellen könne und dadurch eine Erkrankung der dazu gehörigen Rückenmarkspartien sich herausbilden könne.

Jolly fragt nach dem Vorhandensein von fibrillären Zuckungen in den atrophischen Handmuskeln, da man in den hypertrophischen und nachher atrophisch gewordenen Muskeln keine solchen finde. Er stimme dem Vortragenden darin bei, dass es sich wahrscheinlich nicht um eine vom Rückenmark ausgehende Erkrankung handelt. Bei genauerer Untersuchung der Muskeln fänden sich in einigen derartigen Fällen vereinzelt degenerirte Fasern, sodass die Möglichkeit bestehe, dass dieselben in Mitleidenschaft gezogen worden wären, und dass da, wo dies der Fall sei, es zur degenerativen Atrophie der Muskeln komme, ohne dass man zu diesem Zwecke an eine Veränderung im Rückenmark zu denken brauche.

Curt Mendel, Schlusswort. Die knollige Kontraktur wurde in den Glutaeen in diesem Falle nachgewiesen. Fibrilläre Zuckungen in den atrophischen Handmuskeln beständen nicht. Auch wenn man eine Kombination von rein musculärem und rein neurotischem Leiden annehme, so wäre doch das primäre die Muskelveränderung, das Leiden also als primär rein myopathisch anzusehen.

Levy stellt Vater und Sohn mit Mitbewegungen vor. Die Vorgestellten sind im Uebrigen vollständig normal. Die Mitbewegungen werden allerdings nicht in der gleichen

Stärke wie die beabsichtigten Bewegungen ausgeführt. Der Vater ist nicht im Stande, einen Mundwinkel allein herabzuziehen oder überhaupt beide Gesichtshälften getrennt zu innerviren. Ein Auge kann er nicht allein schliessen. Bei jeder kräftigen Abduktion des Auges macht er eine entsprechende Rollbewegung der Zunge. Der Vorgestellte hat von Geburt an die Mitbewegungen und wurde dadurch in seinem Beruf als Buchbinder nicht gestört. Seine jetzt 81 jährige Mutter hat dieselben Mitbewegungen. L. betont die Aehnlichkeit dieses Zustandes mit dem physiologischen; jeder Mensch lerne erst später durch eine fortschreitende Differenzirung seine Glieder einzeln bewegen, was er anfänglich nicht könne; es handele sich also um eine atavistische Erscheinung, eine Art Zurückbleiben auf einem niederen Grade der Differenzirung. Er spricht sodann noch über die nach Hemiplegien und cerebralen Kinderlähmungen beobachteten Mitbewegungen. Da, wo es sich um gesunde Glieder handele, müsse man zur Erklärung die ungekreuzte motorische Bahn in Betracht ziehen. Eine Schriftprobe vom Vater erschien normal, der Sohn schreibt Spiegelschrift.

In der Diskussion geht Rothmann auf die Bahnen ein, die zur Erklärung der Mitbewegungen dienen. Er hat auch einen Fall beobachtet, in welchem bei einem Menschen mit angeborener Ptosis beim Oeffnen des Mundes sich das gelähmte Augenlid mitbewegte.

Treitel macht auf die beim Stottern vorkommenden Mitbewegungen aufmerksam.

Liepmann bemerkt, dass die Schriftprobe des Vaters eine Vorliebe desselben für Spiegelschrift erkennen lasse, wie er es auch der Theorie über die Spiegelschrift entsprechend habe erwarten müssen.

An der weiteren Diskussion betheiligen sich die Herren Schuster, Rothmann und Remak, welch letzterer darauf hinweist, dass das Ganze den Eindruck eines Infantilismus mache, und danach fragt, ob der Vorgestellte geistig zurückgeblieben sei. Einen Fall von gleichzeitigen Mitbewegungen bei einer aphatischen Person erwähnt er, welche beim Versuch zu sprechen oder die Zunge zu zeigen typische Mitbewegungen im Arm machte.

Levy erwidert, dass der Vorgestellte geistig nicht abnorm sei.

Cassirer stellt einen Fall von Littlescher Krankheit mit besonderer Betheiligung der Gesichts-, Kehlkopf- und Zungenmuskulatur vor. Es handelt sich um ein 6jähriges, Kind, das bei einer Steissgeburt asphyktisch zur Welt kam Kopf und Rumpf eigenthümlich hält. Der Kopf ist vornübergesunken und fällt bei jeder Bewegung nach hinten über. In der Rumpfmuskulatur ist eine ähnliche Schwäche wie in der Hals-Nacken-Muskulatur vorhanden. Das Kind sitzt in kyphotischer Stellung. Die Sehnenphänomene sind an den oberen und unteren Extremitäten gesteigert, choreatische und athetotische Bewegungen treten auf. In den Armen und Beinen sind Spasman vorhanden. Der Babinskische Fusssohlenreflex ist ausgeprägt. Das Kind geht mit Spitzfussstellung. Von besonderem Interesse ist die Betheiligung des Facialis, Hypoglossus und motorischen Vagus. Das Kind spricht nur einige fast tonlose Laute mit näselnder Stimme. Im Unterkiefer macht es abnorme Bewegungen. Beim Essen hat es grosse Schwierigkeiten. Wenn man es in Affekt versetzte, trete ein inspiratorischer Stridor auf. Diese Form der Littleschen Krankheit sei zuerst von Oppenheim beschrieben, der auch die anatomische Grundlage dafür gefunden habe. Charakteristisch sei in dem vorgestellten Falle, der klinisch im Uebrigen den sonstigen Fällen ähnele, die starke Betheiligung der Phonation, die sich in einem spastischen Zustand der Athmungs- und Kehlkopfmuskulatur äussere.

Treitel über Agoraphobie und verwandte Zustände bei Erkrankungen des Ohres. (Autoreferat.)

Vortragender weist auf die Veröffentlichungen hin, welche einen Zusammenhang zwischen Agoraphobie und Ohrenerkrankungen annehmen, in denen Schwindelerscheinungen beständen. Er betont aber, dass bei der Häufigkeit derselben im Verlaufe von Ohrerkrankungen noch eine Neurasthenie oder andere nervöse Disposition hinzutreten müsse, damit eine Agoraphobie entstehe, da relativ selten eine solche überhaupt bei Ohrenerkrankungen auftrete. Die Ohrerkrankung gebe für die Agoraphobie nur die Entstehungsursache ab. Ausserdem weist Vortragender auf die hysterischen Erscheinungen hin, insbesondere die Störungen des Gleichgewichts, welche sich im Anschluss an frühere Ohrerkrankungen einstellen können.

Liepmann hält es für nichts Neues, dass ein Mensch in Folge eines Ohrenleidens und des dadurch bedingten Schwindels Agoraphobie bekommt. Wenn ein wirklicher Grund für den Schwindel vorliege, könne man nicht von Agoraphobie sprechen.

Treitel bemerkt zum Schluss, dass eine Agoraphobie im Anschluss an ein Ohrenleiden entstehen könne, auch wenn das letztere schon geschwunden sei.

Sitzung vom 8. Juli 1901.

Vor der Tagesordnung

stellt Herr **Liepmann** einen geisteskranken Simulanten aus Dalldorf vor, zuerst in seiner Rolle als Simulant, dann in seiner wirklichen Gestalt. Der bisher gesunde, vielfach vorbestrafte Mann hatte wegen Messerstechens eine Gefängnissstrafe von drei Jahren bekommen, und war im Gefängniss erkrankt, wurde abweisend, aggressiv, verweigerte zeitweilig die Nahrung und sprach erst verwirrt, später gar nicht. Er zeigte ein albernes clownhaftes Wesen, stiess thierische Laute hervor, ass gefrässig und schluckte wiederholt erbrochene Speisen wieder herunter. Nach mehreren Wochen veränderte sich das Bild plötzlich. Er sprach, antwortete und gab an, simulirt zu haben und zwar deshalb, weil ihm der Staat Unrecht gethan, ihn ruinirt habe und er dem Staat einen Schabernack spielen wollte. Im Gefängniss würde er die Nahrung sofort wieder verweigern. Der Patient legte in seinen ganzen Darlegungen Schwachsinn an den Tag, hatte eine grosse Genugthuung über die gelungene Täuschung und war jederzeit mit alberner Freude bereit, seine Simulantenrolle wieder zu spielen. Es handelte sich um den Sohn eines Trinkers mit zahlreichen Geschwistern, der früher an Krämpfen gelitten, dem Trunk gefröhnt hatte, alkoholintolerant war und mehrfach Kopfverletzungen durchgemacht hatte. All dies, zuletzt die Gefängnisshaft, hätten seine Imbecillität zu dem jetzt vorliegenden Grad des Schwachsinns gesteigert. Dieser Fall zeige wieder, dass der Nachweis der Simulation noch nicht auf geistige Gesundheit schliessen lasse.

Herr Bär hat den Patient in Plötzensee längere Zeit beobachtet. Derselbe machte dort einen geistesgestörten Eindruck, war aufgeregt, mürrisch, magerte in Folge von Nahrungsverweigerung stark ab. Das Nachmachen der Thierstimmen thue er berufsmässig.

Herr Liepmann bemerkt, dass der Kranke das Kunstprodukt eines Schwachsinnigen zeige.

Herr Jolly macht auf die paranoischen Züge des dargebotenen Krankheitsbildes bei dem angeborenen Schwachsinn aufmerksam.

Tagesordnung.

Herr **Cassirer:** Abscess der Medulla oblongata und des Pons.

Demonstration eines ausgedehnten röhrenförmigen Abscesses in bezeichneter Gegend, welcher klinisch Parästhesien und Hypästhesie der linken Körperseite, Neuritis optica, rechtsseitige Abducens und Facialislähmung sowie Keratitis unter hoher Temperatursteigerung verursacht hatte.

Herr Grawitz bemerkt dazu, bei der grossen Seltenheit von Abscessen an dieser Gegend wurden multiple Eiterherde vermuthet. Solche fanden sich in der Leber. In dem geschwürigen Wurmfortsatz steckte eine Fischgräthe. Durch diese müsse eine Blinddarmentzündung bewirkt worden sein, von welcher aus Eitererreger in die Leber gelangt wären, die zur Pyämie und zu dem Abscess in dem verlängerten Mark geführt hätten.

Herr **Rothmann:** Ueber das Monakow'sche Bündel beim Affen. R. hat experimentell festgestellt, dass demselben eine gewisse motorische Funktion zukommt. In der aufsteigenden Thierreihe werde es mit der stärkeren Entwickelung der Pyramidenbahnen immer kleiner, werde also beim Menschen entsprechend der stärkeren Entwickelung der Pyramidenbahnen noch geringfügiger wie beim Affen sein.

Herr **Juliusburger:** Ueber Zwangsvorstellungspsychosen. Von den Fällen, über die Vortr. berichtet, entwickelte sich in dem einen aus akut auftretenden Zwangsvorstellungen nach einiger Zeit eine Angstpychose im Sinne Wernickes, welche vollständig heilte. Krankheitseinsicht fehlte den Zwangsvorstellungen gegenüber im Beginn, war aber nach Abklingen der Psychose vorhanden. Im zweiten Fall traten Uebergangsformen von Zwangsvorstellungen zu autochthonen Ideen Wernickes mit motorischen Reaktionen auf, in deren Folge sich chronische Paranoia ausbildete. Im Beginn bestand Krankheitseinsicht, die bald verloren ging. Den dritten Fall bildet eine recidivirende depressive Psychose, die durch eine plötzlich auftauchende Idee jedesmal ausgelöst wurde. Dieser Idee lag die Erinnerung an ein affektvolles Erlebniss zu Grunde und ihr gegenüber bestand vorübergehend Krankheitseinsicht. Hier handle es sich um den Uebergang von Zwangsvorstellung zur überwerthigen Idee Wernickes. Dann betont J. das Vorkommen von Beziehungswahnvorstellungen und Phonemen bei Zwangsvorstellungen. Einmal wurde eine akute halluzinatorische Erkrankung im Anschluss an Erregung durch eine Beziehungswahnvorstellung beobachtet. Aus Zwangsvorstellungen könnten also Psychosen verschiedenen Charakters und wechselnden Ausganges bei mannigfaltiger Art der Entwickelung unmittelbar hervorgehen. Von der Westphalschen Definition der Zwangsvorstellungen müsste das Kriterium der Krankheitseinsicht fallen gelassen werden und es könnte gerade der fremdartige Charakter der Zwangsvorstellungen zumal bei fehlender Einsicht auf die Psyche der Betroffenen verhängnissvoll einwirken. Zwischen Zwangsvorstellungen, überwerthigen und autochthonen Ideen existirten Uebergänge, worauf Wernicke hingewiesen habe, der diese drei Kategorien als Erscheinungen gestörter Bewusstseinsthätigkeit und Reizvorgänge auffasse.

Herr Mendel und Herr Jolly halten eine gründliche Aussprache über dieses wichtige Thema für sehr erwünscht. Auf Antrag des ersteren wird die Diskussion darüber auf die nächste Sitzung vertagt. M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Obergutachten, betreffend den ursächlichen Zusammenhang zwischen einer sogenannten Dupuytren'schen Kontraktur der rechten Hand und einer durch Betriebsunfall erlittenen Quetschung der rechten Schultergegend.

Der 58jährige Schlosser Jakob Friedrich B. aus E. wurde am 25. August 1900 in die chirurgische Klinik aufgenommen und nach eingehender Untersuchung am 30. August wieder aus dem Krankenhaus entlassen.

B. ist ein kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustand und von gesundem Aussehen. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt normale Verhältnisse. Der Urin ist klar, sauer, frei von Eiweiss, enthält aber geringe Mengen von Zucker. B. giebt an, er habe vor etwa 20 Jahren durch Fall von einer Leiter eine Verstauchung der linken Schulter erlitten, die zwar selbst ohne nachtheilige Störung geheilt sei, nach einigen Jahren aber eine Verkrümmung der zwei letzten Finger der linken Hand zur Folge gehabt habe.

Am 23. Dezember 1896 habe er sich durch Ausrutschen auf einem Schachtdeckel eine Quetschung der rechten Schultergegend zugezogen. Er sei vom 26. Februar bis zum 10. April 1897 in Behandlung des Herrn Dr. G. in K. gewesen, dem es durch Massage und Gymnastik gelungen sei, die Gebrauchsfähigkeit des rechten Oberarmes wiederherzustellen. Im Laufe des Frühjahrs und Sommers 1897 habe sich nun allmählich eine zunehmende Verkrümmung und Versteifung zuerst des fünften, dann des vierten Fingers der rechten Hand eingestellt, die sich mit der Zeit so gesteigert habe, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand bedeutend beeinträchtigt sei.

An der linken Schulter sind Reste des vor 20 Jahren erlittenen Unfalls nicht mehr sichtbar. Die Muskulatur der linken Schulter und des Armes ist normal entwickelt, der Oberarm ist im linken Schultergelenke nach allen Richtungen frei beweglich, es bestehen keinerlei Schmerzen und Beschwerden.

Bei der Untersuchung der rechten Schultergegend fällt zunächst eine geringe Abflachung der Schulterwölbung auf, der rechte Oberarm erscheint etwas magerer als der linke; messbare Unterschiede im Umfange beider Arme bestehen nicht. Am rechten Schultergelenk ist eine gewisse Steifigkeit des Gelenkes zu konstatiren, allerdings nur bei Bewegungen, die ein Erheben des Armes über die Horizontallinie erheischen: es folgt dann das Schulterblatt den Bewegungen des Oberarmes und B. klagt gleichzeitig über mässige Schmerzen im Gelenke, während alle sonstigen Bewegungen des Armes, die nicht über die Schulterhöhe hinausgehen, schmerzlos und ungehindert sind.

Ellenbogen und Handgelenke sind beiderseits normal. Die Prüfung der Innervation beider oberen Extremitäten ergiebt für die Motilität wie für die Sensibilität rechts und links gleichfalls normale Verhältnisse.

An der linken Hand stehen der fünfte und vierte Finger in Beugestellung so, dass die Fingerbeeren von der Innenhand etwa 2 cm entfernt sind. Die beiden Finger sind im Grund- und Mittelgelenke versteift und können hier weder aktiv noch passiv gestreckt werden, während im Endgelenke der zwei Finger noch Beweglichkeit vorhanden ist. In der Hohlhand fühlt man entsprechend dem Verlaufe der Beugesehnen des fünften und vierten Fingers eine starke, derbe, schwielige Verdickung, die allem Anscheine nach in dem straffen Faserbande der Hohlhand (Palmaraponeurose) ihren Sitz hat und sowohl mit der darüber liegenden Haut wie mit den darunter liegenden Sehnen strangförmige Verwachsungen zeigt. Die betreffenden Sehnen springen unter der geschilderten Schwiele stark ge-

spannt hervor. — An den oben als versteift beschriebenen Gelenken der zwei Finger ist keine Entzündung, keine Verdickung oder Schmerzhaftigkeit nachzuweisen, die Schwiele selbst ist ebenfalls nicht empfindlich.

Eine ganz analoge Veränderung, wie die vorliegende, ist nun auch an der rechten Hand vorhanden, nur vielleicht noch nicht so weit vorgeschritten wie links. Der fünfte Finger ist rechts ebenfalls ganz eingeschlagen und im Grund- und Mittelgelenk in Beugestellung versteift, der vierte Finger weist diese Verkrümmung nur im Grundgelenk auf, während sein Mittelgelenk noch frei ist. Auch hier bietet die rechte Hohlhand an derselben Stelle wie links die gleiche schwielige Verdickung dar, die die Sehne des fünften Fingerbeugers schon stark in Mitleidenschaft gezogen hat und im Begriff ist, auch auf die Sehne des vierten Fingerbeugers sich auszudehnen.

Diese hier vorliegende Schwielenbildung der Hohlhand mit Beugestellung des fünften und vierten Fingers stellt ein ganz charakteristisches, nicht gerade seltenes Krankheitsbild dar, das unter dem Namen der „Dupuytren'schen Kontraktur“ bekannt ist. Diese Erkrankung hat ihren Hauptsitz und Ausgangspunkt in der straffen Faserhaut der Hohlhand (sogenannte Palmaraponeurose) und tritt gewöhnlich zuerst auf in der Gegend über der fünften und vierten Fingerbeugesehne oberhalb der Fingerbasis. Man fasst sie auf als eine knoten- oder strangförmige, chronisch entzündliche Verdickung der Aponeurose, die in sehr langsamem Verlauf allmählich sowohl auf das benachbarte Unterhautbindegewebe der Hohlhand wie auf die unter ihr liegenden Beugesehnen übergreift; die Beugesehnen werden durch entzündliche Verwachsungen und Verdickungen zusammengezogen, verkürzt und ziehen dadurch, wie hier geschehen, die betreffenden Finger in Beugestellung.

Das Leiden befällt meist Leute in vorgeschrittenem Alter, und zwar mit Vorliebe solche, deren Hohlhand durch berufliche Thätigkeit gewissen häufigen Insulten ausgesetzt ist, so z. B. Arbeiter, die Jahre hindurch gestielte Werkzeuge (Hammerstiel etc.) in der Hand haben, Kutscher, die mit gekrümmten Fingern die Zügel in der Hand halten, ferner unter Umständen Klavierspieler, die durch häufiges Spreizen der Hand und Finger die Hohlhand anstrengen. Man nimmt in solchen Fällen an, dass durch die verschiedenen fortgesetzten Manipulationen, Zerrungen und Einrisse in der „Palmaraponeurose“ zu Stande kommen, die weiterhin zu lokalisirten Entzündungen und Verdickungen der Aponeurose mit ihren Folgezuständen führen.

Daneben kommen andererseits Fälle zur Beobachtung, wo derartige mechanische Gelegenheitsursachen nicht direkt nachweisbar sind. Man hat dann den Grund der Entstehung des Leidens in nervösen Störungen gesucht, sei es in einer Entzündung der im Handteller verlaufenden Nerven oder in gewissen Rückenmarkserkrankungen mit sekundären (trophischen) Störungen.

Ferner kennt man noch Beobachtungen, denen zu Folge die Dupuytren'sche Kontraktur in einzelnen Familien unter dem Einfluss einer gichtischen Konstitution erblich vorkommen soll.

Die letzte Kategorie bilden endlich Fälle, in denen gar keine Entstehungsursache für das Leiden ersichtlich ist.

Die genaue Untersuchung des B. hat gezeigt, dass für die Annahme einer gichtischen oder nervösen Erkrankung, welche die Kontraktur verschuldet haben könnte, kein Grund vorliegt. Wenn nicht der oben erwähnte Unfall vorausgegangen wäre und seine fragliche Beziehung zu dem Leiden, so liesse sich das Auftreten der Fingerverkrümmung bei B. unschwer aus seiner Thätigkeit als Schlosser und den dabei vorkommenden beruflichen Einflüssen, wie sie oben an erster Stelle erwähnt sind, verstehen. Gerade aus diesem Grunde ist aber eine strikte Beantwortung der Frage nach einem etwaigen ursächlichen Zusammenhange zwischen dem Unfalle, der die Schulter des B. betraf, und dem späteren Handleiden sehr schwer zu geben.

Wie auch Herr Medizinalrath G. in seinem Gutachten hervorhebt, ist in der medizinischen Literatur kein analoger Fall bekannt, der auf einen Zusammenhang zwischen Schulterverletzung und nachherigem Auftreten einer Dupuytren'schen Kontraktur hinwiese. Eher verstehen liesse sich die Entwicklung des Leidens, wenn B. bei dem Unfalle gleichzeitig auf die Hand gefallen wäre, was B. aber bestimmt in Abrede stellt. Oder man könnte sich einen Zusammenhang dann vielleicht vorstellen, wenn bei dem Falle auf die Schulter eine Läsion gewisser Nerven stattgehabt hätte, die nachträglich zu Ernährungsstörungen oder Lähmungen im Handgebiete der Nerven geführt hätte; aber auch hiervon ist nichts nachgewiesen.

So bleibt als einziges Moment für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem Unfall und der jetzigen Fingererkrankung nur die Behauptung des B. und die auffallende Erzählung desselben, dass auch seine linksseitige Kontraktur des vierten und fünften Fingers vor 20 Jahren sich unmittelbar nach einem analogen Falle auf die linke Schulter entwickelt habe.

In die bona fides des B. ist wohl kein Zweifel zu setzen. Ob Anfänge der Schwielenbildung in der linken Handfläche, die nachher zur Verkrümmung führten, nicht schon vor dem fraglichen Falle vor 20 Jahren bestanden, und das Zusammentreffen mit der Schulterverletzung nicht ein bloss zufälliges war, lässt sich nachträglich nicht mehr feststellen.

Dass zwischen der Entwickelung der linksseitigen und der rechtsseitigen Kontraktur 20 Jahre liegen, ist an sich nichts Wunderbares, ebenso wie es auch bei Rechtshändern vorkommen kann, dass das Leiden zuerst die linke Hand befällt (B. war immer Rechtshänder). B. giebt an, dass die rechte Hand vor dem Unfall am 23. Dezember 1896 ganz normal gewesen sei.

In seinem Gutachten vom 5. Dezember 1899 schreibt Medizinalrath Dr. G.: „Bezüglich der Entstehungszeit der Fingereinziehungen an der rechten Hand B.'s ergaben meine Aufzeichnungen vom 27. Februar 1897, also von dem Tage, an welchem ich B. zuerst sah und dessen Behandlung begann, dass sein rechter Kleinfinger leicht gebeugt stand, und in der Hohlhand ein derber Bindegewebsstrang bezw. Narbenstrang, die in Verkürzung begriffene Beugesehne, bis zum ersten Gliede des kleinen Fingers zog“ . . . „Bis zum Abschlusse meiner damaligen Behandlung B.'s am 10. April 1897 ist eine Verschlimmerung der Fingereinziehungen der rechten Hand nicht bemerkt, dagegen erst am 2. Juli 1899 als B. sich mir zum ersten Male wieder zeigte, die erhebliche Verschlimmerung, d. h. der gleiche Zustand an der rechten wie früher an der linken Hand etc.“

Nach diesem Gutachten sollte man glauben, dass zur Zeit des Unfalls im Dezember 1896 die rechte Hand des B. doch schon deutliche Zeichen einer beginnenden Dupuytren'schen Kontraktur aufgewiesen haben muss. Denn es ist wohl kaum anzunehmen, dass in der kurzen Frist von zwei Monaten — vom 23. Dezember 1896 bis zum 27. Februar 1897 — sich die von Dr. G. beschriebene Strangbildung und Verkrümmung des fünften Fingers erst gebildet haben sollte; erfahrungsgemäss entwickeln sich solche derbe narbige Sehnenverkürzungen in viel längerer Zeit. Dementsprechend konnte die ärztliche Beobachtung in weiteren 2 Monaten vom Februar bis April 1897

an B.'s rechter Hand keine zunehmende Verschlimmerung feststellen, während Letztere allerdings nach $2^1/_4$ Jahren offenkundig war.

Es ist also auch nach dieser Erwägung wohl wahrscheinlich, dass sich die rechtsseitige Fingerverkrümmung des B. in der gleichen Weise und in dem gleichen Zeitraum entwickelt haben könnte, auch wenn der Fall auf die rechte Schulter nicht vorausgegangen wäre.

Indem wir die vorstehenden Erörterungen zusammenfassen, gelangen wir zu folgendem Schlusse:

Das Krankheitsbild der Dupuytren'schen Kontraktur bietet in seiner Aetiologie der wissenschaftlichen Forschung noch manche dunklen Punkte, die späterer Klarstellung bedürfen; deshalb ist der Gedanke, dass das Leiden, wie hier behauptet wird, nach einem Falle auf die Schulter entstehen könne, nicht als ganz ausser allem Bereiche der Möglichkeit liegend von der Hand zu weisen.

Nach unserem heutigen Stande der Anschauungen aber und nach Prüfung der Sachlage des Falles B. halten wir es nicht für sehr wahrscheinlich, dass der Unfall vom 23. Dezember 1896 direkt oder indirekt an dem Auftreten der rechtsseitigen Fingerverkrümmung des B. die Schuld trägt.

Heidelberg, den 17. September 1900.

Professor Dr. Czerny,
Geh. Rath und Direktor der chirurgischen Klinik.
Professor Dr. G. Marwedel,
Privatdozent und I. Assistenzarzt der Klinik.

Dem vorstehenden Gutachten gemäss hat das Reichs-Versicherungsamt den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Leiden des Klägers und der Schulterverletzung vom 23. Dezember 1896 nicht einmal für wahrscheinlich erachtet und deshalb unter Aufhebung des schiedsgerichtlichen Urtheils den ablehnenden Bescheid der beklagten Berufsgenossenschaft wiederhergestellt.

(Amtl. Nachr. d. R.-V.-A. 1901, Nr. 7.)

Selbstmord in Folge geistiger Gestörtheit.

Rekurs-Entsch. vom 30. November 1899.

Gegen ein ungünstiges Urtheil des Schiedsgerichts K. hatte die Wittwe G. aus M. Rekurs eingelegt und um Zuerkennung einer Rente gebeten. Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Vertreter der Genossenschaft das von dem ersten Assistenzarzt der Provinzialirrenanstalt zu A., Dr. D., erstattete Gutachten auch wegen „Befangenheit" dieses Sachverständigen bemängelt und um Einholung eines Obergutachtens Seitens einer auf dem Gebiete des Irrenwesens anerkannten Autorität gebeten. Das Reichs-Versicherungsamt entschied auch zu Gunsten der Wittwe und machte geltend, das Rekursgericht hat zunächst kein Bedenken getragen, auf Grund der vorliegenden Zeugenaussagen in Uebereinstimmung mit dem Vorderrichter anzunehmen, dass der Sandformer Chr. G. nicht aus Versehen in die Maschine gerathen ist, sondern dass er in selbstmörderischer Absicht seinen Kopf unter die Kurbel geschoben hat. Durch Selbstmord wird nun allerdings — wie durch jede vorsätzliche Herbeiführung eines Unfalls — gemäss § 5 Absatz 7 des Unfall-Versicherungsgesetzes der Anspruch auf Entschädigung ausgeschlossen. Vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls ist dann nicht anzunehmen, wenn der Selbstmord in Folge geistiger Gestörtheit im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen ist. Dieser Fall liegt hier vor. Hierfür spricht nicht nur das Gutachten des Dr. D., welcher mit grosser Wahrscheinlichkeit annimmt, dass G. den Selbstmord in einem Anfalle von Geistesstörung begangen hat, sondern dieses Gutachten wird noch, soweit es die Frage der Unzurechnungsfähigkeit des G. im Augenblick der That behandelt, durch mehrere andere Umstände wesentlich unterstützt. Vor Allem deutet auf das Auftreten einer Geistesstörung die Art der Ausführung des Selbstmordes; dazu kommt, dass G. bereits früher an Geistesstörung gelitten hat, wobei sich häufig Selbstmordgedanken äusserten, und dass sich irgend welche Beweggründe, welche geeignet gewesen wären, den G. bei gesundem Verstande zum Selbstmorde zu veranlassen, aus den Akten nicht entnehmen lassen. Bei dieser Sachlage kann es dahingestellt bleiben, ob und in wie weit die Behauptung des Vertreters der Genossenschaft, Dr. D. sei bei Abgabe seines Gutachtens im Sinne des § 42 der Civilprozessordnung „befangen" gewesen, thatsächlich richtig ist. Auch die weitere Frage, ob sich der Tod des G. als ein Unfall „beim" Betriebe darstellt, musste bejaht werden. Dass die Geistesstörung durch Schädlichkeiten des Betriebes verursacht worden sei, wie dies von der Genossenschaft als Voraussetzung für die Annahme eines Betriebsunfalls gefordert wird, oder dass die Geistesstörung sogar auf einen Betriebsunfall, also ein plötzliches Ereigniss, zurückzuführen sei, wie das Schiedsgericht verlangt hat, kann zur Begründung der von den Klägerinnen erhobenen Ansprüche nicht für erforderlich erachtet werden. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Selbstmorde, der sich im vorliegenden Falle selbst als „Unfall" darstellt, und dem Betriebe ist vielmehr schon deshalb anzunehmen, weil der Tod durch eine Betriebseinrichtung herbeigeführt ist, also im engsten Zusammenhange mit dem Betriebe und dessen Gefahren steht und weil von einer eigenmächtigen Loslösung von dem Betriebe durch etwaiges Zuwiderhandeln gegen Betriebsvorschriften nicht die Rede sein kann, da G. der freien Willensbestimmung ermangelte. M.

Aus dem Kammergericht.

Nervenarzt, nicht approbirt.

Entscheidung vom 23. Mai 1901.

Der Heilkundige P. hatte für sich in verschiedenen Zeitungen eine gewaltige Reklame gemacht und sich als Nervenarzt, nicht approbirt" bezeichnet. Er wurde deshalb unter der Feststellung, dass er zu B. sich einen Titel beigelegt habe, durch den der Glaube erweckt werde, er sei eine geprüfte Medizinalperson, auf Grund des § 147 No. 3 der Gewerbeordnung angeklagt, aber vom Schöffengericht freigesprochen. Die Strafkammer hingegen verurtheilte den Angeklagten zu einer Geldstrafe. In seiner Revision betonte der Angeklagte, er habe sich weder als Arzt bezeichnet, noch auch sich einen arztähnlichen Titel beilegen wollen, denn aus der Annonce sei klar zu ersehen, dass er nicht approbirt sei. Er sei früher wegen derselben Bezeichnung bereits freigesprochen worden. Das Kammergericht wies jedoch die Revision als unbegründet zurück, da der Vorderrichter § 147(3) l. c. ohne Rechtsirrthum angewandt habe. Die frühere Freisprechung und der Zusatz „nicht approbirt" können ihn nicht von Strafe befreien. Nach § 147(3) l. c. seien alle nicht approbirten Personen strafbar, die sich als Aerzte bezeichnen oder die Bezeichnung „Arzt" in einer Zusammensetzung gebrauchen bezw. mit einem Zusatze versehen. Die Bezeichnung „Arzt" soll nach Ansicht des Kammergerichts unter allen Umständen nur noch dem in Deutschland Approbirten zustehen und unbedingt geschützt sein. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Mendelssohn, Prof. Dr. Martin. Der Ausbau im diagnostischen Apparat der klinischen Medizin mit zahlreichen Abbildungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1901. 294 Seiten.

Mit dem diesjährigen Kongress für innere Medizin war eine Ausstellung verbunden, welche das Gebiet der medizinischen Diagnostik umfasste. Als Einführungsschrift für diese Ausstellung erschien das vorliegende Werk, zu dessen Fertigstellung die hervorragendsten Fachleute zusammengewirkt haben. Um unter den vielen Abschnitten nur einige herauszugreifen, hat beispielsweise Kaiserling die Konservirung von Präparaten, Wassermann die Bakteriologie, Lazarus die Blutdiagnostik, Greeff die Augenkrankheiten behandelt, bei den Magenkrankheiten haben Rosenhein und Strauss, bei den Harnkrankheiten P. F. Richter, Posner und Kolle, bei den Hautkrankheiten Liebreich, Lesser und Ledermann zusammengewirkt.

Den Haupttheil des Buches bildet die Beschreibung und Kritik der modernen diagnostischen Apparate, deren Fülle gegenüber ja freilich den schlechten Praktiker ein Gefühl des Entsagens überkommt. Aber der Begriff des Ausbaus im diagnostischen Apparat ist doch auch nach anderer Seite zur Geltung gebracht. Ganz bemerkenswerth ist z. B. gerade für den ärztlichen Sachverständigen das von Böhnche abgefasste Kapitel: Die Untersuchung Militärpflichtiger.

Leider hat die in der Einleitung betonte überaus rasche Fertigstellung des Werkes auf einige Abschnitte eine unwillkommene Wirkung insofern ausgeübt, als sie stilistisch dem Leser unnöthige Schwierigkeiten bieten. Es ist sogar vorgekommen, dass ganze Sätze bis zur Unentwirrbarkeit durcheinander gerathen sind.

Gross, Kompendium der Pharmakotherapie für Polikliniker und junge Aerzte. Leipzig, C. F. W. Vogel, 1901.

Von den üblichen Rezepttaschenbüchern unterscheidet sich das vorliegende Werkchen durch die originelle Art seiner Eintheilung und Durchführung. Die Arzneimittel sind nicht nach dem Alphabet und nicht nach Krankheiten, sondern nach ihrer hauptsächlichen Wirkung in Haupt- und Untergruppen geordnet. Beispielsweise heisst eine Hauptgruppe „Beruhigungsmittel." Sie ist gegliedert in „narkotische Mittel", „reizmildernde Mittel", „Schlafmittel" und „Mittel gegen Nervenschmerzen". Jede dieser Abtheilungen bringt zunächst die Namen der in Frage kommenden Arzneistoffe mit Bezeichnung der üblichen Gaben und der Höchstgaben hintereinander, dann wird in knapper, aber bestimmter Form die charakteristische Wirkungsweise jeder einzelnen der aufgezählten Arzneien besprochen. Nur selten sind Beispiele für komplizirtere Rezepte eingeflochten.

Diesem Haupttheil schliesst sich ein sehr kurzer Abschnitt über die wichtigsten Ernährungsformen an, dann folgt ein Verzeichniss der Höchstgaben für Erwachsene, ein ebensolches für Kinder, eine Uebersicht der Gegengifte, eine nach dem Alphabet geordnete Uebersicht der für die einzelnen Mittel zu wählenden Verordnungsweise (Pulver, Pillen, Mixtur etc.) und endlich ein recht genaues Sachregister.

Im Ganzen macht das Büchelchen den Eindruck, als ob es recht brauchbar wäre. Die Eintheilung ist ja freilich zum Theil etwas gezwungen, und wenn man die Inhaltsübersicht liest, kann man sich eines gelinden Grauens vor einem Theil der Ueberschriften nicht erwehren. Da giebt es „Antispasmodica für die vegetativen Funktionen", „Blutantiseptica", „Alterantia der Drüsenfunktionen", „Hämoplastica" und ähnliche Bezeichnungen, bei denen der hochwissenschaftliche Klang entschieden mit dem Verlust an Verständlichkeit zu theuer erkauft ist.

Neben diesem mehr formellen Bedenken kann man sachlich diejenigen Einwände erheben, welche bei solchen kurzen Taschenbüchern fast immer gelten: dass das wirklich Werthvolle und das blos von irgendwem „Empfohlene" nicht genügend kritisch gesondert ist, und dass die Grenze zwischen dem Wesentlichen, welches Aufnahme finden sollte, und dem Unwesentlichen, welches herausbleiben sollte, hier etwas zu weit, dort etwas zu eng gezogen ist. Ich gebe aber gern zu, dass auch in diesen Punkten das Gross'sche Kompendium zu den geschicktest verfassten seiner Art gehört.

Tagesgeschichte.

Ueber die gesundheitliche Beaufsichtigung der Schulen durch die Kreisärzte

hat die Regierung in Potsdam soeben eine Verfügung erlassen, die in der Hauptsache Folgendes bestimmt:

Alle der Aufsicht der Regierung unterstehenden öffentlichen wie privaten Schulen (Volks- und Mittelschulen, höhere Mädchenschulen, Fortbildungs- und Fachschulen etc.) unterliegen in gesundheitlicher Beziehung der Ueberwachung durch den Kreisarzt. Dieser hat jede Schule seines Bezirks abwechselnd im Sommer und im Winter in Bezug auf ihre Baulichkeiten und Einrichtungen sowie in Bezug auf den Gesundheitszustand der Schüler (Gesichtsfarbe, Haltung, Reinlichkeit, chronische und akute Krankheiten und Schwächezustände) unter Zuziehung des Schulvorstandes oder des Leiters der Schule, sowie des Schularztes einer Besichtigung zu unterziehen. Ueber die Besichtigung ist nach vorgeschriebenem Formular eine Verhandlung aufzunehmen, welche der Regierung durch Vermittelung des Landraths beziehungsweise Kreisschulinspektors einzureichen ist. Vorschläge zur Beseitigung etwaiger Missstände sind dem Begleitbericht beizufügen. Auch auf Kleinkinderschulen und Kinderbewahranstalten, Kindergärten etc. finden diese Vorschriften sinngemässe Anwendung. Ausser bei diesen periodischen Revisionen soll der Kreisarzt auch bei anderen Gelegenheiten die Schulen des Bezirks besuchen, sich die Beseitigung von Mängeln angelegen sein lassen, auch die Lehrer für seine Bestrebungen zu interessiren und das Verständniss hierfür durch Belehrung anzuregen suchen. Die dem Provinzialschulkollegium unterstellten höheren Lehranstalten sind nur auf Grund besonderen Auftrags vom Kreisarzt zu besichtigen.

Geschlechtskrankheiten und Landesversicherungsanstalten.

Das Reichsversicherungsamt hat an die Vorstände der Invalidenversicherungsanstalten und der auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes bestehenden besonderen Kasseneinrichtungen ein Rundschreiben gerichtet, das die Ausdehnung der Heilbehandlungsbestrebungen auf Geschlechtskrankheiten von Versicherten betrifft. Die Behandlung soll wegen der Ansteckungsgefahr und wegen der auch im Interesse der Versicherungsanstalten liegenden baldigen und sicheren Heilung der Kranken regelmässig in geeigneten Krankenhäusern stattfinden.

Eine medizinische Zeitschrift begleitet diese Mittheilung und eine Kritik der empfohlenen Massregel mit den Worten: „Alles in Allem trägt das Projekt den Charakter einer am grünen Tisch ersonnenen Volksbeglückungsidee." Demgegen-

über möchten wir darauf hinweisen, dass keine geringere Persönlichkeit als Professor Neisser in Breslau durch einen Aufsatz in der „Arbeiterversorgung" augenscheinlich die Anregung zu obigem Rundschreiben gegeben hat. Er ist es, welcher insbesondere die Krankenhausbehandlung der Geschlechtskranken empfiehlt. Dass allerdings bezüglich der Neigung der Kranken, diese Segnung für sie und das Gemeinwohl zu begreifen, noch grosse Vorurtheile zu überwinden sein werden, kann nicht verkannt werden.

Zur Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit Geisteskranker hat das Reichsversicherungsamt kürzlich eine bemerkenswerthe Rekursentscheidung getroffen.

Der Vorstand einer Versicherungsanstalt hatte den Kläger abgewiesen, indem er sich auf ein ärztliches Gutachten stützte, wonach jener, wenn auch geisteskrank, doch zu allen leichteren Arbeiten in ungefährdeten Betrieben noch fähig sei. Das Schiedsgericht hatte sich dieser Begründung angeschlossen und gleichfalls einen ablehnenden Bescheid ertheilt. Das Reichsversicherungsamt dagegen hielt diese Begründung nicht für ausreichend, indem es Folgendes ausführte: „Es ist in der Natur der Sache begründet und wird durch die tägliche Erfahrung bestätigt, dass im Allgemeinen Jedermann den Verkehr mit einer als geistig nicht gesund bekannten Person vermeidet, nicht nur wegen der Besorgniss, der Kranke könne in Folge eines plötzlichen Anfalles seiner Umgebung gefährlich werden oder sonst durch sinnloses Handeln Schaden anrichten, sondern vor allem auch wegen des Gefühls der Scheu und Abneigung, das durch den Zustand eines unter vernunftwidrigen und weniger oder mehr unerklärlichen inneren Einflüssen stehenden Menschen nothwendig hervorgerufen wird. Diese Rücksichten werden sich zwar je nach der Art und dem Grade der geistigen Erkrankung in den einzelnen Fällen mit verschiedener Stärke geltend machen. Immerhin aber bedarf es, soweit Geisteskrankheit als Erwerbsunfähigkeitsursache in Frage kommt, stets auch der Erwägung des erwähnten Gesichtspunktes und daher waren im vorliegenden Falle weitere Erhebungen darüber erforderlich, ob nicht der Kläger wegen seines Krankheitszustandes in einem zur Fesstellung der Erwerbsunfähigkeit berechtigenden Masse allgemein vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen war."

Ausser dem hier von massgebender Stelle ausgesprochenen Bedenken werden häufig noch andere in Frage kommen. Nirgends tritt der Unterschied zwischen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit so klar zu Tage wie auf diesem Gebiete. Selbst diejenigen Geisteskranken, denen man am ehesten einen Rest von Erwerbsfähigkeit zutrauen sollte, die chronisch Verrückten, welche im Verkehr ihren Wahn zu dissimuliren wissen und ihre Intelligenz nicht eingebüsst haben, sind häufig doch zu sehr mit ihren Ideeen beschäftigt, um sich selbstständig eine Stellung im Erwerbsleben erkämpfen zu können, oder sie werden durch ihr krankhaftes Misstrauen aus sonst günstiger Stellung weggetrieben. Wo immer man einen Geisteskranken Berufsarbeit verrichten sieht, pflegen bei genauerer Betrachtung besondere Verhältnisse vorzuliegen. Da ist entweder ein Arbeitsgeber, der auf den ihm von früher bekannten Angestellten Rücksicht nimmt und ihn seine Sonderbarkeiten nicht entgelten lässt, oder ein Angehöriger, von dem sich der Kranke wie ein Kind zur Arbeit anhalten lässt oder eine Dienstherrschaft, die den kranken Dienstboten halb als Pflegling betrachtet, u. s. w.

Im Allgemeinen gilt es also für den Arzt als Regel, Geisteskranke nur ganz ausnahmsweise nicht als voll erwerbsunfähig zu erachten.

Zur Gemeingefährlichkeit der „wilden Apotheker".

Die Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes theilen ein Gerichtsurtheil mit, welches für die, aus dem Rezeptiren der Drogisten erwachsende Gefahr für das Publikum und für die Unzulänglichkeit der Strafgesetze hiergegen gleich bezeichnend ist.

Ein Arzt verordnet einer alten Frau, welche an Lungen-Entzündung erkrankt ist, eine Flasche Ungarwein und eine 1 prozentige Morphiumlösung. Der Drogist, bei welchem der Ungarwein geholt wird, überredet den Boten, auch das Rezept bei ihm anfertigen zu lassen; er sei gelernter Apotheker und mache die Sache ebenso gut und billiger als der Apotheker, darauf fertigt er die Arznei an und signirt statt „dreimal täglich 15 Tropfen" versehentlich „dreimal täglich 75 Tropfen". Nach dem Einnehmen verfiel die Kranke rasch und starb, jedoch nicht unter den Erscheinungen einer narkotischen Vergiftung. Zu seinem Glücke hatte nämlich der Drogist einen zweiten Fehler gemacht, welcher den ersten ausglich. Er hatte statt der 1 prozentigen eine $1/2$ prozentige Lösung verabfolgt. Er konnte deshalb nicht wegen fahrlässiger Tödtung verurtheilt werden und erhielt nur wegen Uebertretung des § 367 [3] des P.-St.-G.-B. eine Geldstrafe von 100 Mark. Trotzdem bei Bemessung dieser Strafe frühere Gewerbe-Vergehen mit in Rechnung gezogen wurden, erreichte sie also nicht die höchste zulässige Grenze (150 Mark).

Ob dem Betreffenden die Konzession zum Gifthandel und zum Arzneimittelhandel entzogen worden ist, wissen wir nicht; aber wie dem auch sei, dass es kein strengeres Spezial-Gesetz gegen die Gewissenlosigkeit der Arzneimittelhändler giebt, denen doch bis zu einem gewissen Grade Leben und Gesundheit ihrer Mitmenschen preisgegeben ist, — das ist eine Lücke in unserer Gesetzgebung, auf welche wir immer wieder hinweisen werden.

Einstweilen könnten sich die Drogisten-Vereine das Verdienst erwerben, Mitglieder, welche sich so standesunwürdig benehmen, prinzipiell auszustossen. Der Drogistenstand, das Publikum und der Staat könnten dabei nur gewinnen.

Nr. 4 des Medizinal-Ministerialblatts.

„Organisationsangelegenheiten".

1. Allerhöchster Erlass vom 18. Juni betreffend die Rang- und Titelverhältnisse der Kreisärzte.

2. Ministerialerlass vom 8. Juni 1901, durch den die Kreismedizinalbeamten auf Innehaltung des Instanzenzuges bei Einreichung von Gesuchen hingewiesen werden.

3. Ministerialerlass vom 4. Juli 1901 betreffend Versammlungen der Kreisärzte behufs Berathung gesundheitlich wichtiger Fragen.

In der Dienstanweisung sind Versammlungen der Medizinalbeamten jeden Bezirks vorgesehen, in denen gesundheitlich wichtige Fragen erörtert werden sollen. Der Minister hält es für dringend geboten, in derartigen Versammlungen jetzt zunächst über das Kreisarztgesetz, das Reichsseuchengesetz und die Dienstanweisung zu berathen. Den Regierungspräsidenten wird empfohlen, den Versammlungen beizuwohnen. Deren Ermessen wird es anheimgestellt, Verwaltungsbeamte, Universitätslehrer etc. einzuladen. Besonderen Werth legt der Minister auf die Theilnahme möglichst vieler der im Bezirk angesessenen kreisärztlich geprüften Aerzte. Den ausserhalb des Versammlungsortes wohnenden Medizinalbeamten werden Tagegelder und Reisekosten gewährt.

„Seuchenbekämpfung".

Erlass vom 22. Juni 1901 betreffend die Behandlung in dem Königlichen Institut für Infektionskrankheiten in Berlin.

Betrifft die Wäsche der auf die Tollwuthstation Aufzunehmenden.

„Fürsorge für Kranke und Gebrechliche“.

Erlass vom 15. Juni 1901 betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten.

Gefährliche Geisteskranke sollen aus den öffentlichen Anstalten nicht entlassen werden, ehe dem Landrath bezw. der Ortspolizeibehörde unter Mittheilung des Materials zur Beurtheilung des Kranken, insbesondere eines eingehenden ärztlichen Gutachtens, Gelegenheit gegeben worden ist, etwaige Bedenken auszusprechen. Die Entscheidung ist von dem Anstaltsleiter nicht eher als nach erfolgter Rückäusserung der Behörde oder nach Ablauf von 3 Wochen zu treffen. Von der Entlassung sind die genannten Behörden alsbald zu benachrichtigen.

Als gemeingefährlich gelten: 1. Geisteskranke, die aus § 51 R. St. G. freigesprochen oder aus § 203 St. Pr. O. ausser Verfolgung gesetzt sind, oder bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist — aber nur sofern es sich um Verbrechen oder nicht ganz geringfügige Vergehen handelt. 2. Die auf Veranlassung der Polizeibehörde Aufgenommenen, bei denen die Behörde ausdrücklich das Ersuchen um Mittheilung der beabsichtigten Entlassung gestellt hat, 3. sonstige nach Ansicht des Anstaltleiters gefährliche Geisteskranke.

„Hebammenwesen“.

1. Erlass vom 5. Juni 1901 betreffend Geschäftsgang für die Erwirkung der Hebammenbrosche.

2. Erlass vom 24. Juni 1901 betreffend Ergänzungsblatt zum Preussischen Hebammenlehrbuch.

„Nahrungsmittel“.

Zwei Bekanntmachungen über Personalien.

„Standesvertretung“.

Erlass vom 13. Juni 1901 betreffend Beitragspflicht der nicht ärztlich thätigen approbirten Aerzte zu den Umlagen der Aerztekammern.

„Rechtsprechung“.

Urtheil des Kammergerichts vom 20. Dezember 1900, wonach für eine nicht approbirte Person die Bezeichnung „Naturarzt“ aus § 147^3 der Reichs.-Gew.-Ordnung strafbar ist. (Vgl. Entscheidung in dieser Nummer Seite 324.)

„Nichtamtliches“.

Mittheilungen zum ärztlichen Fortbildungswesen.

Kongresse.

Tages-Ordnung
der am 13. und 14. September 1901 zu Berlin im Festsaal des Savoy-Hôtels, Friedrichstrasse No. 103, NW. stattfindenden
Achtzehnte Hauptversammlung des Preussischen Medizinal-Beamten-Vereins.

Donnerstag, den 12. September.

8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Freitag, den 13. September.

9 Uhr Vormittags: Erste Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels.

1. Eröffnung der Versammlung.
2. Geschäfts- und Kassenbericht; Wahl der Kassenrevisoren.
3. Die Dienstobliegenheiten des Kreisarztes nach der neuen Dienstanweisung. Referent: H. Med.-Rath und Kreisarzt Dr. Fielitz in Halle a./S.

Frühstückspause im „Franziskaner“ (Stadtbahnbogen am Bahnhof Friedrichstrasse, in unmittelbarer Nähe des Versammlungslokals).

4. Experimentelle mikroskopische Studien zur Lehre vom Erhängungstode. Referent: H. Dr. Placzeck, Nervenarzt in Berlin.
5. Aus dem hygienischen Institut zu Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dunbar): Theorie und Praxis der Grundwasserenteisenung mit Demonstrationen. Referent: H. Dr. Wolff, prakt. Arzt in Harburg a./Elbe; pro physicatu approbirt.

3 Uhr Nachmittags: Festessen im Savoy-Hôtel.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung bei Sedlmayr (Friedrichstrasse 172).

Sonnabend, den 14. September.

9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung im Festsaal des Savoy-Hôtels.

1. Ueber die Schutz- bezw. Desinfektionsmassregeln während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit. Referent: H. Med.-Rath Prof. Dr. Wernicke, Direktor des hygienischen Instituts in Posen.
2. Die aus der Unfallversicherungs-Gesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen. Referent: H. Dr. Paul Stolper in Breslau, pro physicatu approbirt.
3. Vorstandswahl und Bericht der Kassenrevisoren.
4. Zur Bekämpfung der Tuberkulose. Referent: H. Kreisarzt Dr. Krause in Sensburg.

Nach Schluss der Sitzung: Gemeinschaftliches Mittagessen im „Franziskaner“. Betreffs der nachfolgenden Besichtigung bleibt nähere Bestimmung vorbehalten.

9 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.
26. Versammlung zu Rostock.

Tagesordnung.

Mittwoch, den 18. September:

I. Die örtlichen Gesundheits-Kommissionen in ihrer Bedeutung für Staat und Gemeinde, sowie für die amtliche Thätigkeit des Medizinalbeamten. Referenten: Rapmund-Minden und Stadtrath Jastrow-Charlottenburg.

II. Hygiene der Molkereiprodukte. Referent: Löffler-Greifswald.

Donnerstag, den 19. September:

III. Fortschritt auf dem Gebiete centraler Heizungs- und Lüftungsanlagen für Wohnhäuser und öffentliche Gebäude im letzten Jahrzehnt. Referent: Ingenieur Ostender-Düsseldorf.

IV. Die Bedeutung der hygienisch wichtigen Metalle (Aluminium, Blei, Kupfer, Nickel, Zinn und Zink) im Haushalt und in den Nahrungsgewerben. Referent: K. B. Lehmann-Würzburg.

Freitag, den 20. September:

V. Strassenbefestigungsmaterialien und Ausführungsarten sowie ihr Einfluss auf die Gesundheit. Referenten: Stadtbaurath Geuzmer-Halle und Weyl-Charlottenburg.

Dreiundsiebzigste Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Aus dem uns zugegangenen Programm entnehmen wir die Titel derjenigen angekündigten Vorträge, welche für den ärztlichen Sachverständigen das Hauptinteresse beanspruchen dürften.

Ehrlich und Gruber: Die Schutzstoffe des Blutes (gemeinschaftliche Sitzung der Medizinischen Hauptgruppe, Donnerstag den 26. September, 9 Uhr, Konzerthaus. Hamburg, grosser Saal.)

v. Baumgarten und Orth: Histologische Wirkungen des Tuberkelbacillus. (Abtheilung XIII, pathologische Anatomie und XIV, innere Medizin etc. Realschule, Seilerstrasse 42, Dienstag den 24. September, 11 Uhr.)

Kretz: Bakteriämie. (Abtheilung XIII, ebenda.)

Saltykow: Muskeleiterungen. (Abtheilung XIII, ebenda.)

Eulenburg: Gehirnerkrankungen nach elektrischem Trauma. (Abtheilung XIV, innere Medizin etc., Konzerthaus. Hamburg, grosser Saal.)

Alexander Katz: Der gegenwärtige Stand der Krebsfrage. (Abtheilung XIV, ebenda.)

Stintzing: Neuritis. (Abtheilung XIV, ebenda.)

Jordan: Die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Anwendung von stumpfer Gewalt unter Ausschluss von Frakturen, Hernien, traumatischen Neurosen. (Abtheilung XV, Chirurgie, ladet die Abtheilungen XIII, XIV, XXIII und XXIV ein. Konzerthaus. Hamburg, grosser Saal, Dienstag, den 24. September, $8^1/_2$ Uhr Vormittags.)

Riedinger: Ueber willkürliche Verrenkungen des Oberarms. (Abtheilung XV, Konzerthaus. Hamburg, Theatersaal.)

Vulpius: Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen des Kniegelenks. (Abtheilung XV, ebenda.)

Winternitz: Das Bad als Infektionsquelle. (Abtheilung XVI, Geburtshilfe und Gynäkologie, Konzerthaus Ludwig, Hochzeitssaal.)

Aschaffenburg: Berufsgeheimniss und Psychiatrie. (Abtheilung XVIII, Neurologie und Psychiatrie. Konzerthaus Hamburg, Speisesaal.)

Bruns: Chorea electrica. (Abtheilung XVIII, ebenda.)

Buchholz: Geistesstörungen bei Arteriosklerose. (Abtheilung XVIII, ebenda.)

Dinkler: Schädeltrauma mit nachfolgender Verblödung. (Abtheilung XVIII, ebenda.)

Embden: Zur Kenntniss der Metallvergiftungen. (Abtheilung XIII, ebenda.)

Aug. Hoffmann: Epilepsie und Myoklonie. (Abtheilung XVIII, ebenda.)

A. Leppmann: Die Kriminalität der Unfallverletzten. (Abtheilung XVIII, ebenda.)

Weil und Winkler: Heufieber. (Abtheilung XX, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Realschule.)

Panse: Schwindel. (Abtheilung XX, ebenda.)

Hartmann: Die Schwerhörigkeit in der Schule. (Abtheilung XX, ebenda.)

Jessen: Die Bedeutung der Zahnpflege für das Volkswohl. (Abtheilung XXII, Zahnheilkunde. Realgymnasium, Altmannstrasse.)

Düms: Epileptische Dämmerzustände in der Armee. (Abtheilung XXIII, Militär-Sanitätswesen. Realschule, Seilerstrasse 42.)

Haberda: Die Form der Schädelverletzungen am Neugeborenen. (Abtheilung XXIV, gerichtliche Medizin. Anatomie im Hafenkrankenhaus.)

Placzek: Herzverletzung mit Haematoperikard. (Abtheilung XXIV, ebenda.)

Saenger: Konträre Sexualempfindung. (Abtheilung XXIV, ebenda.)

Stubenrath: Vergangenheit und Zukunft der gerichtlichen Medizin in Deutschland. (Abtheilung XXIV, ebenda.)

Stumpf: Der pathologische Rausch in strafrechtlicher Hinsicht. (Abtheilung XXIV, ebenda.)

Baginsky: Isolirhospitäler und Mischinfektionen. (Abtheilung XXV, Hygiene, Hygienisches Institut.)

Fischer: Zur Aetiologie der sogenannten Fleischvergiftungen. (Abtheilung XXV, ebenda).

Griesbach: Die Aufgaben der Schulhygiene. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Scheurlen: Der Stand der Abwasserreinigungsfrage. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Derselbe: Epidemische Schweisskrankheiten. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Schürmayer: Keimgehalt der Nährpräparate. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Wiegmann: Pasteurisirung im Molkereigewerbe. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Weyl: Anwendung des Ozons in der Hygiene. (Abtheilung XXV, ebenda.)

Im Anschluss an die Versammlung wird am Montag den 23. September, Nachmittags eine Zusammenkunft Deutscher Orthopäden stattfinden, bei welcher hinsichtlich einer zu gründenden

Deutschen Gesellschaft für Orthopaedie

ein Beschluss gefasst werden soll.

Endlich ladet in der Monatsschrift für Unfallheilkunde eine Anzahl von Herren diejenigen Kollegen, welche sich für Erhaltung einer Abtheilung für Unfallheilkunde und Invalidenwesen oder für Bildung einer engeren Vereinigung von Fachgenossen interessiren, zu einer Zusammenkunft während der Naturforscherversammlung ein.

Sechste Jahresversammlung des Vereins abstinenter Aerzte des Deutschen Sprachgebietes.

Hamburg, Mittwoch, den 25. September 1901, vormittags 8 Uhr in der Volksschule, Seilerstrasse 41/43, Turnhalle.

Tagesordnung:

I. Diskussion.

Thema: „Trinkeranstalten."

Referent: Dr. Delbrück, Direktor der Staatsirrenanstalt Bremen.

II. Vorträge.

1. Dr. Bolte, Bremen: „Bericht über die medizinische Alkoholliteratur des letzten Jahres."
2. Burmester — Rittergut Niendorf: „Morphiumentziehung und Heilung von Morphiumkranken auf dem Boden der Abstinenz."

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche Postamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 16. | Ausgegeben am 15. August.

Inhalt:

Die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit, unter besonderer Berücksichtigung des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes.

Von
E. Roth-Potsdam.

Die Frage der Anstaltspflegebedürftigkeit wird verschieden zu behandeln sein, je nachdem es sich um Kranke handelt, denen in der Häuslichkeit ausreichende Behandlung, Wartung und Pflege, sowie erforderlichen Falls ausreichende Absonderung gewährt werden kann, oder um Kranke, bei denen dies nicht der Fall ist. Die Frage gestaltet sich ferner verschieden, je nachdem es sich um Personen handelt, die der Zwangsversicherung unterliegen, oder um Personen mit freier Verfügung in Krankheitsfällen.

Von gesetzlichen Bestimmungen kommen hier in Frage die Vorschriften des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900. Nach § 12 dieses Gesetzes können kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zweck nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen. § 14 bestimmt, dass für kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen eine Absonderung angeordnet werden kann.

„Die Absonderung kranker Personen hat derartig zu erfolgen, dass der Kranke mit andern als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit thunlichst ausgeschlossen ist. . . . Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes nothwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen andern geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden."

Bezüglich der sonstigen übertragbaren Krankheiten bestimmt der § 16 des zur Zeit noch giltigen Regulativs vom 8. August 1835, dass in der Regel kein Kranker wider den Willen des Familienhauptes aus seiner Wohnung entfernt werden darf, und dass in zweifelhaften Fällen solches immer erst

auf den Beschluss der Polizeibehörde und der betreffenden Sanitätskommission geschehen darf. . . . Besonders ist auf die anderweitige Unterbringung alsdann Bedacht zu nehmen, wenn die Erkrankten sich in zahlreich bewohnten Gebäuden (Kasernen, Armenhäusern, Gefängnissen etc.) befinden.

Ausser diesen allgemein giltigen, gesundheitspolizeilichen Vorschriften kommen für die der Zwangsversicherung unterliegenden Personen noch die folgenden Bestimmungen in Frage: Nach § 7 des Krankenversicherungsgesetzes vom $\frac{\text{15. Juni 1883}}{\text{10. April 1892}}$ kann an Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen (freie ärztliche Behandlung, Arznei u. s. w. und Krankengeld) freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar 1. für diejenigen, welche verheirathet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familien sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a Abs. 2 erlassenen Vorschriften zuwidergehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert, 2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

Nach § 6a sind die Gemeinden ermächtigt, Vorschriften über die Krankenmeldung, über das Verhalten der Kranken und über die Krankenaufsicht zu erlassen und zu bestimmen, dass Versicherte, welche diesen Vorschriften oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zu 20 Mark zu erlegen haben. Vorschriften dieser Art bedürfen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

Nach § 6a Abs. 2 sind die Gemeinden ferner ermächtigt, zu beschliessen, dass Versicherten, welche sich die Krankheit vorsätzlich oder durch schuldhafte Betheiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld gar nicht oder nur theilweise zu gewähren ist.

Das Gesetz unterscheidet im § 7, Ziffer 1 und 2, zunächst zwei Kategorien, nämlich die in der häuslichen Gemeinschaft ihrer Familien lebenden und andere Personen. Die erstere Kategorie umfasst diejenigen Personen, bei denen die Möglichkeit geeigneter Hauspflege vorausgesetzt wird, und die daher grundsätzlich nur mit ihrer Zustimmung in das Krankenhaus gebracht werden dürfen, das sind Verheirathete und andere Leute, welche eine eigene Haushaltung haben oder in ihr leben; ferner Personen, welche zwar keinen eigenen Haushalt haben, aber im Haushalt ihrer, nicht einer beliebigen andern Familie leben, und bei denen es deshalb gleichfalls grundsätzlich ihrer Zustimmung bedürfen soll. Ausnahmsweise bedarf es auch bei diesen Personen der Zustimmung nicht, und zwar entweder im Hinblick auf die Natur der Krankheit oder mit Rücksicht auf das Verhalten der Kranken. In Frage kommen hier u. a. grössere Operationen, da hier meistens angenommen werden kann, dass den dadurch gestellten Forderungen in der Haushaltung nicht genügt werden kann, und ansteckende Krankheiten. Liegt eine ärztliche Bescheinigung in diesem Sinne vor, so wird sich der Erkrankte der Krankenhauspflege nicht leicht ohne Rechtsnachtheil entziehen können. Der blosse Hinweis darauf, dass der Erfolg bewiesen habe, dass den Kuranforderungen in der Familie genügt werden konnte, oder dass die Krankheit Wirkungen der Ansteckung nicht geäussert habe, kann nicht genügen, denn wenn der Zweck des Krankenhauszwanges, eine Gefahr abzuwenden, erreicht werden soll, so kann als Voraussetzung nur gefordert werden, dass die Gefahr nahe gelegen habe, nicht dass sie wirklich eingetreten (vgl. Arbeiterversorgung, 10. Jahrgang, S. 589, und Hahn, das Krankenversicherungsgesetz, 2. Aufl., Berlin 1898, A. Troschel, S. 72).

Ohne Zustimmung können zweitens solche Personen dem Krankenhause überwiesen werden, welche ausserhalb ihrer eigenen Haushaltung oder derjenigen ihrer Familien leben.

In diesem Falle ist die Anordnung der Krankenhauspflege durch die Kassenverwaltung in allen ihr geeignet erscheinenden Fällen zulässig.

Unter „Krankenhäusern" im Sinne des § 7 sind Krankenhäuser jeder Art, auch Irrenanstalten und Privatanstalten zu verstehen.

Durch wiederholte Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichtes ist festgestellt, dass den Kassenmitgliedern gesetzlich (§§ 6, 7, 20 des Krankenversicherungsgesetzes) nur ein Anspruch auf Krankengeld und freie ärztliche Behandlung etc. zusteht, während die Gewährung von Krankenhauspflege lediglich in das Ermessen des Kassenvorstandes gestellt ist, auch wenn ärztlicherseits die Aufnahme des Kranken in eine Heilanstalt für nothwendig erklärt wurde und das Statut bestimmte, dass unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. auf Antrag des Krankenkassenarztes, Kur und Verpflegung im Krankenhause gewährt werden solle (vgl. auch § 14 des Normalstatuts, Reichsgesetzblatt 1892, S. 379). Hiernach kann der Kassenvorstand frei entscheiden, wie er auch von der getroffenen Wahl während des Heilverfahrens wieder abgehen, d. h. die Einstellung der Krankenhauspflege verfügen und wieder die Leistungen nach § 6 gewähren kann, doch wird er sich dabei von billigen Rücksichten leiten lassen und einen nachtheiligen Wechsel der Behandlung vermeiden müssen (vgl. Rosin, Kommentar I, S. 388). Nur wenn dem Kranken der Nachweis gelingt, dass der Kassenarzt bei Abgabe seiner Erklärung sich geirrt oder sonst ein vertretbares Versehen habe zu Schulden kommen lassen, und dass demgemäss der Beschluss des Vorstandes zu Unrecht ergangen sei, würde sein Anspruch auf Zahlung des Krankengeldes begründet sein. (Arbeiterversorgung X, S. 589).

In Uebereinstimmung mit den Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes ist die Frage der Krankenhauspflege im § 7 des Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 geregelt. Danach kann an Stelle der im § 5 vorgeschriebenen Leistungen nach beendigtem Heilverfahren freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar erstens für Verunglückte, welche verheirathet sind oder bei einem Mitglied ihrer Familie wohnen, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann; zweitens für sonstige Verunglückte in allen Fällen.

Der § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 giebt den Versicherungsanstalten die Befugniss, zur Abwendung dauernder Erwerbsunfähigkeit ein Heilverfahren in dem ihnen geeignet erscheinenden Umfange (Unterbringung in einem Krankenhause oder in einer Anstalt für Genesende) eintreten zu lassen. Bei krankenversicherungspflichtigen Personen gehen die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen die Versicherten auf die Versicherungsanstalt über, und zwar vom Beginn des Heilverfahrens bis zu dessen Beendigung. Nach § 19 sind die Versicherungsanstalten befugt, im Falle der Uebernahme des Heilverfahrens die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher er angehört, in dem ihnen geeignet erscheinenden Umfange zu übertragen. Die der Krankenkasse dadurch erwachsenden Mehrkosten hat die Versicherungsanstalt zu tragen. Endlich sind die Versicherungs-

anstalten nach § 47 befugt, eine nachträgliche Krankenbehandlung für Invalidenrentenempfänger eintreten zu lassen.

Die den Kassenvorständen im § 7 des Krankenkassengesetzes eingeräumte Befugniss findet ihre Grenze ausschliesslich in den Bestimmungen des § 14 des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten und in den einschlägigen Vorschriften des Regulativs. Nur soweit diese Bestimmungen Platz greifen, tritt an die Stelle der Befugniss der Kassenvorstände die Zwangsüberweisung. Die Massnahmen der Kassen auf ihre Zweckmässigkeit und Angemessenheit zu prüfen oder zu genehmigen, ist die Aufsichtsbehörde, sofern das Statut darüber nicht anderweitig bestimmt, nicht befugt. (vgl. § 45 des Krankenversicherungsgesetzes). Ebenso wenig kann die Aufsichtsbehörde auf Grund des § 56a eine Aenderung der Statuten anordnen.

Wenn zuzugeben ist, das der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit im § 7 des Krankenkassengesetzes im Allgemeinen zweckentsprechend umgrenzt ist, so fehlt doch jede Gewähr dafür, dass seitens der Kassenvorstände von der ihnen ertheilten Befugniss in ausreichendem Masse Gebrauch gemacht wird, wie auch keine Garantie dafür gegeben ist, dass die Kassenärzte in jedem Fall durch rechtzeitigen Antrag auf Ueberweisung des Kranken in ein Krankenhaus die Kassenvorstände auf die ihnen obliegende Pflicht hinweisen, den Zwangsversicherten die schnellste und sicherste Art der Behandlung und Heilung zu gewährleisten und die Ausbreitung übertragbarer Krankheiten verhüten zu helfen. Eine bestimmte Verpflichtung den Kassenvorständen nach dieser Richtung aufzuerlegen, kann nicht befürwortet werden, da das Krankenkassengesetz in erster Linie die wirthschaftlichen Interessen der Zwangsversicherten und ihrer Angehörigen in Krankheitsfällen wahrzunehmen bezweckt, vielmehr wird es Aufgabe der Aerzte sein, in allen Fällen, in denen entweder ein besonders persönliches Interesse der Kranken, wie bei operativen, spezialärztlichen oder sonstigen für Familienpflege nicht geeigneten Fällen, oder zugleich ein öffentliches Interesse, wie bei übertragbaren Krankheiten in Frage kommt, dieses Interesse auch in jedem Fall und unbeschadet des Beschlusses des Kassenvorstandes wahrzunehmen. Speziell bezüglich der akuten übertragbaren Krankheiten wird von vorn herein anzunehmen sein, dass eine ausreichende Absonderung innerhalb der Wohnungen der Versicherten nur ganz ausnahmsweise zu erreichen ist. Voraussetzung ist, dass geeignete Krankenanstalten mit zweckentsprechenden Absonderungsräumen zur Verfügung stehen, welche unter vorher vereinbarten Bedingungen den Kassenmitgliedern Aufnahme gewähren. Das Gleiche gilt bezüglich der chronischen, übertragbaren Krankheiten, bei denen eine Ueberweisung nicht nur erforderlich ist, wenn eine Verbreitung ausserhalb der Krankenanstalt zu befürchten ist, sondern auch dann, wenn der Arzt die Ueberzeugung gewonnen hat, dass seine Anordnungen nicht genau befolgt werden oder in Fällen, in denen es sich um Komplikationen handelt, die eine Beobachtung und Behandlung im Krankenhause erforderlich machen.

Niemand wird leugnen wollen, dass die Krankenhausbehandlung bezüglich der Zurückdrängung der Seuchen von ausserordentlicher Bedeutung ist, wie sie auch im Allgemeinen und speziell bezüglich der Geschlechtskrankheiten bessere Resultate ergiebt, wie die Familienbehandlung. (Vgl. auch Neisser, Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen, Arbeiterversorgung, 18. Jahrgang, No. 4.) Hierin liegt zugleich die besondere wirthschaftliche und finanzielle Bedeutung der Frage der Krankenhauspflege für die Krankenkassen. Die Möglichkeit, dass der Kranke alsbald nach der Entlassung aus dem Krankenhause einen Rückfall der übertragbaren Krankheit, speziell der Syphilis oder Gonorrhoe bekommt und Ansteckung bewirkt, oder dass der Kranke, bevor er den Arzt aufsuchte oder die Natur der Krankheit erkannt wurde, Gelegenheit hatte, die Krankheit zu verbreiten, darf den Arzt niemals davon abhalten, auf die rechtzeitige Ueberweisung der betreffenden Kranken hinzuwirken. Gleichwohl soll hier so wenig wie bei der frei verfügenden Bevölkerung einem Krankenhauszwang, wie ihn die Knappschaft und einige andere grosse Krankenkassen, beispielsweise die Gemeinde-Krankenkasse in Nürnberg vorschreiben, das Wort geredet werden. Neben der Art der Erkrankung sind die Wohnungs- und Familienverhältnisse, der Bildungsgrad und die Zuverlässigkeit der Kranken hierbei von entscheidender Bedeutung. Eine unausbleibliche Folge des Hospitalzwangs für die Versicherten würde sein, dass die Kranken ihre Krankheit häufig verheimlichten und entweder überhaupt nicht behandeln liessen, oder Kurpfuschern in die Hände fielen oder sich privatärztlicher Behandlung unterzögen, die mit Rücksicht auf die von den Kranken selber zu tragenden Kosten in der Regel keine ausreichende und gründliche sein würde. Ein solcher Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht erscheint nur dann zulässig, wenn er ganz allgemein, nicht nur für Kassenmitglieder, sondern auch für die freie Bevölkerung durchführbar und im öffentlichen Interesse geboten wäre. In dieser Hinsicht finden die öffentlich rechtlichen Zwangsbefugnisse ihre Begrenzung in den Bestimmungen des § 14 des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten und in den entsprechenden Bestimmungen des Regulativs, während die weitergehenden Anordnungen auf Grund des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes im Falle des Zuwiderhandelns, von den unmittelbaren Folgen abgesehen, nur eine wirthschaftliche Schädigung des Kranken (Verlust des Krankengeldes u. s. w.) nach sich ziehen.

Wohl aber legt der § 7 des Krankenversicherungsgesetzes und des Unfallversicherungsgesetzes den Kassenvorständen und den Berufsgenossenschaften die Pflicht auf, dahin zu wirken, dass den Versicherten überall geeignete Krankenhäuser zur Verfügung stehen, eine Forderung, deren Durchführung bisher noch Vieles zu wünschen übrig lässt, insofern nicht blos auf dem Lande, sondern auch in einer grossen Zahl von Städten Krankenhäuser entweder gänzlich fehlen, oder doch bezüglich der Gewährung spezialärztlicher, namentlich chirurgischer Hilfe, wie der Bereitstellung von Unterkunftsräumen für ansteckende Kranke durchaus unzureichend sind. Auch bleibt hier vielfach der Wunsch bestehen, für die Prostituirten besondere räumlich getrennte Abtheilungen in den Krankenanstalten bereit zu stellen.

Von den Zwangsversicherten abgesehen, ist bisher nur für eine Kategorie von Kranken der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit genauer umschrieben, und zwar für die Geisteskranken. Nach dem revidirten Reglement für die Landirrenanstalten der Provinz Brandenburg vom 3. März 1893 erfolgt die Aufnahme anstaltspflegebedürftiger und hilfsbedürftiger Geisteskranker in die Anstalten der Provinz, von den sonstigen Unterlagen abgesehen, auf Grund eines von einem approbirten Arzte an Eidesstatt abzugebenden Zeugnisses über das Vorhandensein und die Natur der Geisteskrankheit in Beantwortung der Fragen des vom Landesdirektor öffentlich bekannt gemachten Fragebogens. In diesem Fragebogen ist der Begriff der Anstaltspflegebedürftigkeit in der Weise umschrieben, dass heilbare und besserungsfähige Kranke, ferner solche Kranke, die sich oder Andern gefährlich sind, und drittens solche Kranke, für welche am Aufenthaltsort nicht ausreichend gesorgt werden kann, als anstaltspflegebedürftig zu erachten sind. Dieser weitergehenden Verpflichtung der Land-

armenverbände sind im Wesentlichen die Fortschritte zu danken, die sich auf dem Gebiet der Irrenfürsorge im letzten Jahrzehnt bei uns bemerklich gemacht haben. Eine gleiche Förderung hinsichtlich der allgemeinen Krankenanstalten liesse sich erwarten, wenn die Kassenvorstände und Berufsgenossenschaften der Frage der Krankenhauspflege zukünftig erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden und dazu mithelfen wollten, dass ihnen in immer weiterem Umfange die Möglichkeit geboten würde, von der im § 7 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes ertheilten Befugniss in allen Fällen, wo ein besonderes persönliches oder öffentliches Interesse Krankenhauspflege geboten erscheinen lässt, auch Gebrauch zu machen.

Blasenstichverletzung vom Gesäss her.

Von
Dr. Ignaz Knotz,
Leiter des Stadtspitales in Banjaluka (Bosnien).

Stumpfe Traumen, welche die Kreuz-, Lenden- oder Hüftgegend treffen, schädigen oft auch den Harnapparat. Wuchtige Schläge in die Nierengegend führen zu Kontusionen oder Ruptur der Niere, heftige stumpfe Gewalteinwirkung auf den Beckenring erzeugt Knochenbrüche und hierbei Quetschung, Zerrung oder Zerreissung der Harnleiter oder der Blase.

Zwei einschlägige Beobachtungen ausgezeichnet durch das Symptom des Blutharnens mögen die Mechanik dieser Verletzungen beleuchten.

1. Kontusion der Niere.

Ibro Mesinovic, 65 Jahre alt, erhielt am 5. Juni 1900 mit einer harten Holzstange einen unbedeutenden Hieb gegen den Kopf und einen heftigen Schlag in die linke Nierengegend in sitzender Stellung; ½ Stunde danach erster Harnabgang mit Blutbeimischung, die sich im Laufe der nächsten 10 Tage allmählich verlor, die Schmerzen in der linken Nierengegend dauerten angeblich noch 14 Tage an, dann noch einige Zeit Druckempfindlichkeit. Seither keinerlei Störung mehr.

Der grosse magere blasse Mann zeigt am 20. Juli (Dr. Engel in Tesary) welke Muskulatur, an den peripheren Gefässen Arteriosclerosis; linke Nierengegend noch druckempfindlich, im Uebrigen normaler Befund, Harn klar, sauer, kein Eiweiss. Am 13. August 1900 sah ich den Mann beim Kreisgerichte. Befund unverändert, jedoch keine Druckempfindlichkeit mehr, Abdomen flach, keine Vergrösserung oder abnorme Beweglichkeit der l. Niere nachweisbar.

Harnbefund normal. Bei der Beurtheilung des Falles wurde angenommen, dass die linke Niere bei der sitzenden Stellung des Beschädigten und angesichts der welken wenig Schutz bietenden Muskulatur leichter durch die stumpfe Gewalt gequetscht werden konnte und hierbei die in Folge Marasmus und Arteriosclerose brüchigen Blutgefässe der Niere reissen mussten. Die konsekutive Blutung aus den Harnwegen verlor sich mit der Ausheilung der Gefässwunden, das Nierenparenchym war nur vorübergehend geschädigt, wie das auch bei der Hauptverhandlung (13. Dezember 1900) ungestörte Befinden bewies.

2. Kontusion der Blase.

Vid B. verunglückte am 8. Dezember 1895 dadurch, dass ihm eine Lage von 40 Brettern auf die rechte Hüftgegend auffiel, wobei er mit der linken Hüftgegend heftig auf den Boden aufschlug. Pat. musste nach Hause getragen werden. Harn ging nur schwierig und unter Schmerzen ab und zeigte Blutbeimischung. Im Stadtspital wurde eine Fraktur des rechten Darmbeines vor der spina arterior superior, im linken Hypogastrium schmerzhafte Resistenz und Dämpfung, die Gegend zwischen linkem Rollhügel und Darmbeinkamm vielfach gequetscht und abgeschürft gefunden.

Am 12. Dezember war der Harn blutfrei, am 31. Dezember die Fraktur geheilt, Pat. geht anstandslos herum. Die Mechanik der besprochenen Verletzung stellte ich mir folgendermassen vor: Zusammendrückung des Beckenringes in querer Richtung, Berstungsfraktur des linken Darmbeines, hierbei Zerrung und Quetschung der Blase (und des Harnleiters?)

Weit besser als gegen heftige stumpfe Gewalt sind Harnleiter und Blase gegen Stichverletzungen von rückwärts her vermöge ihrer verborgenen Lage geschützt; doch bieten die Foramina ischiadica einem langen spitzen und scharfen Werkzeuge, wenn auch sehr selten, doch hier und da die Möglichkeit die harnabführenden Organe von rückwärts her zu erreichen und lebensgefährlich zu verletzen. Im Jahre 1895 habe ich[1]) über eine Stichverletzung berichtet, bei welcher das Messer nach Durchsetzung der Gefäss-Muskulatur die incisura isch. sup. streifte, ein Knochensplitterchen absprengte, die arteria glutaea superior sin. und den linken Harnleiter, sowie das Peritoneum verletzte, so dass, wie die gerichtsärztliche Obduktion feststellte, der Tod durch diffuse septische Peritonitis eintrat. Eine Durchsicht der Literatur ergab damals, dass eine derartige Verletzung bis dahin gar nicht, ähnliche nur in sehr geringer Anzahl beschrieben waren.

Nun hat Fritz Hartmann[2]) in jüngster Zeit durch eine Publikation (Stichverletzung durch das Foramen ischiadicum majus mit Schädigung der Nerventrias des Beines) die Aufmerksamkeit der Gerichts- und Unfallsärzte neuerdings auf die Verletzbarkeit der Beckenorgane von rückwärts her gelenkt.

Diese Mittheilung regte mich zur Veröffentlichung eines einschlägigen gerichtsärztlich behandelten Falles an, der angesichts der Seltenheit derartiger Befunde immerhin bemerkenswerth ist. Zahim M., 15 Jahre alt, mohamed., stieg am 4. September 1897 völlig nackt aus dem Bade im Vrbasflusse und gerieth mit einem vorübergehenden *Burschen*, welcher sich über die „Unverschämtheit" ärgerte, in Streit, der bald in eine Balgerei ausartete; Z. warf den Burschen zu Boden und wollte ihn misshandeln, da zog dieser ein spitzes, scharfes, langes Messer aus dem Gürtel und stiess dasselbe dem Z. von rückwärts her in die rechte Gesässbacke. Näheres über die Zufügung war nicht festzustellen. Die Einstichöffnung begann ca. 2 cm nach rechts von der Steissbeinspitze und verlief gegen dieselbe leicht konkav 2 cm lang nach aufwärts, klaffte auf 1 cm Breite und entliess sehr viel Blut, welches in weitem Bogen aufspritzte.

Der Knabe ging wohl noch ein paar Schritte zum Wasser, fiel aber in Folge des grossen Blutverlustes bald in Ohnmacht und wurde nach Anlegung eines Nothverbandes nach Hause getragen; dort verminderte sich in Folge des Druckverbandes die Blutung aus der Wunde, dafür begann aber aus der Harnröhre flüssiges Blut in ziemlicher Menge abzugehen.

Am nächsten Tage fand der Gendarmerie-Postenkommandant den Patienten sehr hinfällig, auf der linken Seite liegen, das rechte Bein war im Hüftgelenk gebeugt; es ging noch immer Blut aus der Stichwunde ab, namentlich wenn das Kind hustete, aus der Harnröhre entleerte sich während der 1½stündigen Beobachtung dreimal und zwar jedesmal sehr viel flüssiges Blut. In den nächsten fünf Tagen gingen neben blutigem Harn auch Blutgerinnsel „wie Würmer" ab, am sechsten

[1]) Ignaz Knotz, Ein bisher noch nicht beschriebener Fall von Ureterstichverletzung durch das Foramen ischiadicum majus. Prager med. Wochenschrift 1895.

[2]) Fritz Hartmann, Zwei bemerkenswerthe Fälle von Erkrankung der Nerven aus dem Plexus sacrolumbalis.
Jahrb. für Psych. und Neur. Leipzig und Wien. F. Deutike. 1900.

Tage fand sich im gelblichen Harn nur mehr hier und da ein Blutcoagulum, von da ab Harn normal.

Noch weitere acht Tage musste Patient auf der linken Seite bei angezogenem rechten Beine liegen. Die anfänglichen sehr heftigen Schmerzen in der Blasen- und rechten Unterbauchgend, sowie beim Harnlassen bestanden während dieser Zeit noch in mässigem Grade, desgleichen die hochgradige Anaemie, deren Folgeerscheinungen sich noch lange geltend machten.

Am 21. September 1897 wurde Patient zu Gericht gebracht, wo eine frische Narbe an der Einstichstelle und auffallende Schwäche im rechten Beine festgestellt wurde.

Patient berichtet in Uebereinstimmung mit allen Zeugen, dass er den rechten Fuss in Folge der Schwäche und der Schmerzen nur mit Mühe gebrauchen könne. Harn normal. Im Stuhle niemals Blut.

Am 11. November 1897 sah ich den Beschädigten beim Kreisgerichte. Die Narbe rechts von der Steissbeinspitze und eine angebliche Schmerzhaftigkeit und leichte Ermüdbarkeit des rechten Beines waren die einzigen Residuen der schweren Verletzung.

Bei der Beurtheilung des Falles wurde angenommen, dass das Messer nach Durchsetzung des M. Glutaeus max. unterhalb des ligamentum tuberososacrum am Rektum vorbei die rechte hintere untere extraperitoneal gelagerte Blasenwand durchbohrte und in die (wahrscheinlich gefüllte) Blase eindrang.

Dass hierbei die ziemlich zahlreichen zu Blase und Mastdarm ziehenden Aeste der A. hypogastrica d. sowie der vesicale Venenplexus zum Theile verletzt werden mussten, ist ohne Weiteres klar; das Rektum blieb wohl Dank der an dieser Stelle meistens eintretenden Abweichung nach links unversehrt (im Stuhl fand sich nie Blut!), ebenso wie das Peritoneum, dessen Mitverletzung sich doch durch irgend welche Symptome des Verlaufes verrathen hätte.

Nach spontaner Blutstillung und Verschluss der Blasenwunde (nach Kontraktion der Muskelfasern?) kam es zur allmählichen Heilung, in deren mehrere Wochen beanspruchendem Verlaufe sich Schwäche und Schmerzhaftigkeit des rechten Beines bemerkbar machte. Dieselbe führten wir nicht auf eine direkte Verletzung irgend einer zur r. u. Extremität ziehenden Nervenbahn (der Knabe ging ja nach der Verletzung anstandslos ein paar Schritte!) sondern auf eine indirekte Schädigung derselben in Folge der durch Blut- und Harnerguss verursachten Entzündung und Kompression der im Retroperitonealraum verlaufenden Organe zurück.

Die Verletzung wurde als an und für sich schwere, lebensgefährliche beurtheilt und die Dauer der Gesundheits- und Berufsstörung mit über 30 Tagen bemessen.

Die Frage, ob die Führung des Werkzeuges eine derartige war, mit der (im Sinne des Gesetzes) gemeiniglich Lebensgefahr verbunden ist, wurde verneint und hervorgehoben, dass Stiche in die Gesässgegend nur ausnahmsweise lebensgefährliche Verletzungen zur Folge haben.

Ueber eine schwere Leuchtgasvergiftung.

Wer wäre bei dauernder Schädigung haftbar zu machen?

Von

Dr. **Thomalla**-Berlin.

Leuchtgasvergiftungen kommen trotz aller Vorsichtsmassregeln von Seiten der Konsumenten immer und immer wieder vor. Das beste Zeichen dafür, dass die technischen Einrichtungen in unserem Leuchtgasbetriebe von der Vollkommenheit noch recht weit entfernt sind. Da das Kohlenoxydgas, welches in unserem Leuchtgas zu ca. 10 Prozent enthalten ist, durch seine Verbindung mit dem Hämoglobin und die Verdrängung des Sauerstoffs aus den Blutkörperchen, das Blut für die weiteren Lebensprozesse unbrauchbar macht, so wäre es die dankbarste Aufgabe für einen Chemiker, das Leuchtgas frei von Kohlenoxydgas herzustellen. — So lange aber dieser Wunsch eben nur ein frommer Wunsch bleiben wird, muss unsere Technik und Sanitätspolizei dafür sorgen, dass die Vorrichtungen an unseren Gasapparaten derartig getroffen werden, dass ohne Fahrlässigkeit oder Absicht der Bewohner eine Leuchtgasvergiftung in einer Wohnung zur Unmöglichkeit wird. Dies ist aber bis heute bei unseren Gasapparaten noch nicht der Fall, wie nachstehende schwere Vergiftung zeigt.

Am 5. April cr. wurde ich morgens zwischen 5 bis 6 Uhr eiligst in ein meiner Wohnung gegenüberliegendes Haus gerufen, in welchem eine Leuchtgasvergiftung vorgekommen sein sollte. Beim Betreten der Wohnung drang mir sofort der charakteristische Gasgeruch entgegen. Ich fand das junge ca. 18jährige Dienstmädchen des Architekten X in einem geräumigen Zimmer auf ein Sofa hingestreckt fast leblos daliegen. Die Vergiftete lag in tiefstem Coma; Gesicht und Hals hatten alle Anzeichen starker Kongestion, das Gesicht sah fast kupferroth aus, Die Augen waren halb geschlossen, die Pupillen erweitert ohne Reaktion. Vor dem Munde stand etwas Schaum, die Kinnladen waren fest geschlossen. Der kurze röchelnde schnelle Athem war das einzige Lebenszeichen, der Puls war nicht zu fühlen, der sehr leise Herzschlag kaum zu hören. Die Arme lagen schlaff neben dem Körper, der Körper selbst war kalt und ziemlich starr. Die Patientin war dem Tode nahe. Wäre sie nur eine halbe Stunde später von ihrer Herrschaft aufgefunden worden, so wäre der Tod bereits eingetreten gewesen. Ich machte sofort kalte Begiessungen über Gesicht und Brust, ich machte mehrere Kampferäthereinspritzungen, ich entfernte durch die Schlundsonde den Schleim aus dem hinteren Rachenraum, was natürlich erst möglich war, nachdem ich den festgeschlossenen Mund zu öffnen vermochte. Andauernd machte ich, abwechselnd mit dem Hausherrn, künstliche Athembewegungen an Brust und Bauch. Nach Verlauf einer halben Stunde war der Herzschlag deutlicher, doch wurde er sofort schwächer und setzte aus, sobald wir mit der künstlichen Athmung nachliessen. Nach Verlauf von drei Stunden schlug das Herz regelmässig, das Röcheln hatte sich vermindert, Patientin athmete besser. Die normale Gesichtsfarbe und vor allem die Körperwärme begann zurückzukehren. Wir vermochten es nunmehr, den Mund zu öffnen und der Patientin heissen Kaffee einzuflössen. Nach Verlauf von zwölf Stunden schlug sie zum ersten Male die Augen auf, schloss sie aber bald wieder. Am Abend desselben Tages sprach sie noch einige Worte und am nächsten Tage war das Bewusstsein wieder zurückgekehrt.

Mein Befund am dritten Tage nach der Vergiftung war folgender: Blasse Hautfarbe, schlaffe, müde Haltung des Körpers, Schwere der Glieder. Patientin vermochte kaum über die Strasse zu gehen. Die Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes war stark katarrhalisch entzündet, geringe Rasselgeräusche auf der Brust zeugten von der gleichen Entzündung in den feinen und feinsten Bronchien. Geringe, einige Tage anhaltende Schlingbeschwerden machten sich bemerkbar. Vor allem aber klagte Patientin über vollkommene Appetitlosigkeit, auch war die Magengegend auf Druck schmerzhaft. Patientin hatte einen direkten Widerwillen gegen jegliche Speise. — Im Urin wies ich reichlich Eiweiss, aber keinen Zucker nach.

Um ihr Allgemeinbefinden zu bessern, musste ich ihre Appetitlosigkeit zu beseitigen suchen. Ich gab ihr Extract. Chinae Nauning dreimal täglich 15 Tropfen in Portwein. Der Appetit stellte sich darauf schon am zweiten Tage ein und wurde von Tag zu Tag besser. Ausserdem hatte ich ihr Ruhe angeordnet, liess sie hydropatische Umschläge um Hals, Brust und Unterleib machen und liess sie mit einer schwachen Kalichloricumlösung gurgeln. Nach Wiederherstellung ihres Appetits wurde die Diät geregelt. Nach Verlauf einer Woche war kein Eiweiss im Urin, der Appetit war ein sehr guter und in Folge dessen das Allgemeinbefinden befriedigend. Patientin ist heute vollkommen genesen.

Zunächst habe ich also bei diesem Fall Eiweiss, aber keinen Zucker, im Urin gefunden, obgleich dieser Befund seltener in der Literatur verzeichnet ist. Der Nierenbefund an einer Leiche in der v. Frerichs'schen Klinik (citirt von Sachs[1]), bei welcher der Tod in Folge Leuchtgasvergiftung eingetreten war, ergab eine Trübung der Epithelien in den Harnkanälchen. Jolles und Scheiding[2]) fanden nach Leuchtgasvergiftung in den verschiedensten Organen, so auch in den Gefässen der Nieren, zerfallene Blutkörperchen. Ich möchte mir daher das Eiweiss wohl durch Zerfall der Blutkörperchen in Verbindung mit der erwähnten Epithelerkrankung der Harnkanälchen erklären, wofür auch der Umstand spricht, dass das Eiweiss schon nach einigen Tagen nachliess und nach ca. einer Woche vollkommen verschwunden war. — Vor der Gasvergiftung war das Mädchen vollkommen gesund gewesen.

Eine weitere wichtige Frage wäre die: Wer würde den Schadenersatz leisten, wenn das Mädchen einen dauernden Nachtheil durch diese Leuchtgasvergiftung davongetragen hätte. — Ich bin der Ansicht, dass die Gasgesellschaft dazu verpflichtet wäre. Die Vergiftung war nämlich folgendermassen vor sich gegangen: Als die Frau des Hauses morgens ca. $5^1/_2$ Uhr erwachte, rief sie ihr Mädchen, welches aufstehen sollte. Sie bekam keine Antwort und betrat deshalb die Küche, in welcher sie einen intensiven Gasgeruch wahrnahm. Durch die Küche gelangte sie durch die offenstehende Thür in das Mädchenzimmer und sah daselbst die Gesuchte leblos auf ihrem Bette liegen. Eine Gasvergiftung vermuthend schlug sie sofort die Fenster ein, welche sich schwer öffnen liessen und rief ihren Mann. Während Letzterer das bewusstlose Mädchen in das grosse Zimmer trug, in welchem ich sie vorfand, und eine andere Hausgenossin zu mir eilte, um mich zu rufen, spähte die Hausfrau nach der Ursache der Vergiftung. Sie fand, dass der Gummischlauch, welcher das Gasrohr mit dem Gaskocher verband, herabgefallen war und somit das Gas aus der Röhre ausströmte. Am Kochapparate selbst aber war der Hahn geschlossen. Das Mädchen hatte am vorangegangenen Nachmittage das Gasrohr, den Kochapparat etc. geputzt und den Schlauch, welchen sie dazu abgezogen hatte, vorschriftsmässig befestigt, wie sie dies schon oft gethan hatte. In der Nacht hatte sich der Schlauch abgelöst. Jedenfalls war der Gummi bei dem wiederholten Abnehmen und Aufmachen, schon locker geworden und der Schlauch hatte durch seine eigene Schwere die Loslösung bewirkt. Der Gummischlauch war sicher erst einige Stunden vor dem Auffinden der Verunglückten abgefallen; denn nach Gruber's Forschungen (citirt von M. v. Pettenkofer[3]) nimmt die Leuchtgasvergiftung einen ungemein raschen und tödtlichen Verlauf, wenn der Kohlenoxydgehalt der Luft über 0,4 Prozent steigt. Das Gasrohr, aus welchem das Gas ausströmte, war aber ca. fingerdick, die geschlossene Küche nahm einen Raum von ca. 35 Kubikmeter ein und die Schlafstube des Mädchens, deren in die Küche führende Thür geöffnet war, hatte ca. 25 Kubikmeter Rauminhalt. Nun war nach der Berechnung von William Taylor (citirt von Jacobs[4]) aus einem einfachen Gasbrenner, dessen Oeffnung kaum den zehnten Theil der von mir beschriebenen Gasrohröffnung ausmachte, im Lauf einer Nacht so viel Gas ausgeströmt, dass in einem Zimmer von ca. 40 Kubikmeter die Luft 3 Prozent Gas enthielt. Da aber unser Steinkohlengas ca. 10 Prozent Kohlenoxyd enthält und wie oben erwähnt bei 0,4 Prozent Kohlenoxyd ungemein rasch der Tod eintritt, so muss also hier die Luft viel weniger Kohlenoxyd enthalten haben, somit muss weniger als 4 Prozent in der Zimmerluft enthalten gewesen sein. Also muss auch der Gasschlauch sich erst kurze Zeit vorher von der Gasröhre losgelöst haben, da sonst der Prozentgehalt des Gases ein viel höherer hätte sein müssen. Auf eine Nachlässigkeit des Mädchens, welches vielleicht vergessen haben könnte, den Gasschlauch wieder anzustecken, lässt sich hieraus nicht schliessen, vielmehr sprechen oben erwähnte Thatsachen dafür, dass es lediglich ein unglücklicher Zufall war, der bei einer derartig mangelhaften Einrichtung immer wieder vorkommen kann.

Wenn nun schon Pettenkofer verlangt, dass die Gasgesellschaften für Unglücksfälle, die durch Gasröhrenbruch verursacht werden, haftbar zu machen seien, was meiner Ansicht nicht entspricht, so kann ich mit viel mehr Berechtigung meine Forderung aufstellen, dass in ähnlichen Fällen, wie der obige, die Gasgesellschaft haftbar zu machen sei. Die Forderung, dass der Haupthahn der Gasleitung von den Konsumenten immer zu schliessen sei, wird aus vielerlei Gründen nie erfüllt werden können, dagegen können die Gasapparate, wie dies einige Gesellschaften bereits praktisch beweisen, thatsächlich in vollkommener Weise hergestellt werden, indem an Stelle des Gummischlauchs ein festes, massives Rohr genommen wird, und indem vor allem viel öfter als bisher Revisionen an den Apparaten durch Fachleute vorgenommen werden müssen. Diese Gaskochapparate mit dem Gummischlauch sind nicht vorschriftsmässig, sie bergen eine beständige Gefahr in sich und dürften von der Polizei nicht gestattet werden.

Benützte Lektüre:

[1]) Willy Sachs: Die Kohlenoxydvergiftung. Braunschweig 1900.

[2]) Jolles und Scheiding: Ueber Sublimat- und Leuchtgasvergiftung. Referirt von A. Paltauf in der Wiener Klinisch. Wochenschrift 1889. No. 29.

[3]) M. v. Pettenkofer: Ueber Leuchtgasvergiftung. Januarheft 1884 von Nord und Süd.

[4]) Jacobs: Vergiftung durch Leuchtgas. Köln 1875.

[5]) Hermann Friedberg: Vergiftung durch Kohlendunst. Berlin 1866.

Referate.

Chirurgie.

Bemerkungen über 2 Fälle von Fremdkörper in den in den Luftwegen.

Von E. F. Syrett.

(The Lancet 15. Dezember 1900.)

Ein 13 Jahre alter Junge hatte beim Spiel einen Kieselstein geschluckt. Da er ausser starkem Husten keinerlei Beschwerden hatte, so wurde dem Unfall keine Bedeutung beigemessen. Man glaubte vielmehr, dass der Junge beim Spielen sich erkältet habe, umsomehr, als der Husten zunahm, Fieber einsetzte, und sich Schmerzen in der Gegend der rechten Lunge einstellten. Als die Krankheit drei Wochen lang bestand, wurde der Arzt zu Rathe gezogen. Derselbe fand eine Veränderung der rechten Lunge, welche im abgeschwächten Perkussionsschall bestand, in abgeschwächtem Bläschenathmen und in deutlichem Katarrh über der

rechten Lungenspitze. Ueber der linken Lunge fand sich nur ein verschärftes Athmungsgeräusch. Der Auswurf war reichlich und mit Blut vermengt, der Husten heftig, ohne besonderen Charakter, das Fieber war ziemlich hoch. Zwei Wochen später war die Temperatur wieder normal und das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Nur der physikalische Befund über den Lungen und der Husten blieben unverändert. Nach einer heftigen plötzlichen Bewegung des Körpers trat ein starker Hustenanfall auf, bei dem ein kleiner Kieselstein von etwa Kirschkerngrösse ausgehustet wurde. Der Fremdkörper hatte 13 Wochen im rechten Bronchus festgelegen.

Der zweite Fall betraf eine 33 Jahre alte Frau, welcher in der Narkose mit Lachgas ein unterer Weisheitszahn gezogen worden war. Zwei Tage später klagte sie über Husten und Heiserkeit. Bei der Untersuchung der Lungen fanden sich beiderseits die Zeichen des Luftröhrenkatarrhs, doch nirgends bestand eine Dämpfung der Lunge. Der Auswurf war blutig verfärbt. Trotz Bettruhe und der für Luftröhrenkatarrh entsprechenden Behandlung trat eine Verschlechterung ein. Zwölf Tage nach der Zahnextraktion wurde plötzlich während eines heftigen Hustenanfalls der ausgezogene Zahn ausgehustet. Von diesem Augenblick an war die Besserung stetig und wesentlich. Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von schwerer Zertrümmerung des Thorax mit Ausgang in Heilung.

Von Dr. Heineke, früherem Volontärarzt.
Aus der chirurg. Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf (Oberarzt Dr. Kümmel).
(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 27.)

Einem 39jährigen Hafenarbeiter, welcher, zu Falle gekommen, mit dem Rücken auf der Quaimauer lag, fiel ein nachrollendes Fass von 180 Pfund Schwere auf die linke Brustseite.

Nach der $1^1/_2$ Std. später erfolgten Aufnahme ins Krankenhaus konnte bei enormer Schmerzhaftigkeit des ganzen Brustkorbes nur ein lautes, vielfältiges Knarren und Knacken der offenbar vielfach gebrochenen Rippen, sowie ein Bruch des r. Schlüsselbeins festgestellt werden. Husten und abnorme Dämpfungen fehlten.

Eine linksseitige Lungenentzündung im Unterlappen von 5tägiger Dauer folgte, langsam fiel die Temperatur ab und eine diffuse Bronchitis schloss sich an. Am 27. Krankheitstag wurden vermittelst Durchleuchtung 29 Rippenbrüche konstatirt, deren Sitz links an der 3. bis 11. Rippe in der Schulterblattlinie (4.—8. mit Dislokation der sternalen Bruchenden in den nächst höheren Zwischenrippenraum), ferner an der 5., 6., 7. Rippe, ausserdem noch in der hinteren Axillarlinie, rechterseits 3. bis 11. Rippe dicht am Querfortsatz (z. Th. Splitterbruch), 3. bis 10. ausserdem in der hinteren Axillarlinie war. Nach $5^1/_2$ Monaten waren alle Rippenbrüche, ausser einigen sehr stark dislocirten, mit Callusmassen umgeben, die Klagen des Patienten über stechende Schmerzen in der hinteren Brustseite bei tiefem Athmen und Husten noch ziemlich lebhafte, die l. Brustseite vorn oben abgeflacht, die r. Rückenseite handbreit seitlich der Mittellinie längs bucklig vorgewölbt.

Eine bestimmte, die Entstehung der lobären Pneumonie erklärende Verletzung des Brusthöhleninhaltes konnte nicht nachgewiesen werden. Seelhorst.

Fettembolie einer tuberkulösen Lunge in Folge von Leberruptur.

Aus Dr. Turbans Sanator. in Dovos. Platz.
Von Dr. H. Engel, 2. Arzt der Anstalt.
(Münchener Med. Wochensch. 1901, No. 26).

Ein hochgradig tuberkulöser Mann von 44 Jahren glitt auf leicht geneigtem Wege aus und machte, um die Wiederbeschädigung eines erkrankt gewesenen Knies zu verhindern, eine sehr energische Rechtsdrehung des Oberkörpers. Er kam nicht zu Fall, sondern wurde von einem ihn begleitenden Herrn aufgefangen.

Er ging ohne Beschwerden selbständig heim und zwei Treppen hinauf. Am nächsten Nachmittag erfolgte der Tod unter zunehmendem Lungenödem. Bei der Obduktion fand sich ein Riss der Leber auf ihrer oberen Konvexität von 10 cm Länge und 1 cm Tiefe, 3 cm rechts parallel dem Ligament. coron. hep. Die Kapillaren der rechten, gesünderen und fast allein noch zur Athmung brauchbaren Lunge waren mit Fetttröpfchen angefüllt, die Leberzellen der Rissstelle frei von Fettinhalt, dagegen lagern ringsum Fetttröpfchenmassen, während die übrigen Lebertheile reichlich Fett in den Zellen enthalten. Seelhorst.

Die Bedeutung des Traumas bei den verschiedenen Hernien.

Von Dr. Schott, zur Zeit Ass.-Arzt an der psychiatr. Klinik zu Tübingen.
(Mon. f. Unf. 1901, No. 3.)

Die Arbeit, welche im Wesentlichen eine Uebersicht der einschlägigen Literatur giebt, gelangt zu folgenden Leitsätzen:

1. Bei der Seltenheit der Herniae perineales, obturatoriae und ischiadicae lässt sich über die Bedeutung des Traumas nichts Allgemeines aussagen. Jedenfalls kommt auch bei ihnen Traumen, durch welche die Widerstandsfähigkeit der bedeckenden Hüllen geschwächt wird (Narben etc.) eine ätiologische Bedeutung bei der Bruchbildung zu.

2. Bei Zwerchfellbrüchen ist die Einwirkung eines Traumas von grosser Bedeutung. Die Beurtheilung des Zusammenhangs ist durch die Schwierigkeit der klinischen Diagnose und den mitunter langen Zwischenraum zwischen Trauma und Auftreten von Krankheitserscheinungen erschwert.

3. Bauchbrüche incl. der Hernien der linea alba können Folgen von Verletzungen sein.

4. Nabel-, Schenkel- und Leistenbrüche setzen in der weitaus grössten Zahl der Fälle eine Disposition voraus, welche durch mancherlei Vorgänge entstanden sein kann.

Die forense Beurtheilung hat sich an den streng wissenschaftlichen Standpunkt zu halten, während in Unfallsachen nach den vorliegenden Entscheidungen des Reichsversicherungsamts das Urtheil zu bilden ist.

5. Vergrösserung, Entzündung oder Einklemmung vorgebildeter bezw. schon bestehender Brüche in Folge Trauma ist bei allen Hernien möglich.

6. Die plötzliche Entstehung eines vollkommen echten Bruches kommt nicht vor.

Eine 35tägige Obstipation mit „glattem" Darmverschluss.

Von Dr. Paul Ostermeier-München.
(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 27.)

Der im S romanum sitzende, durch Kothmassen bedingte Darmverschluss wurde nach vergeblicher Anwendung von Abführmitteln — auch Extr. Belladonn. 1,0 in 3 Tagen und 0,007 Atropin — sowie 16 Tage fortgesetzten Einläufen endlich behoben, als 22 Tage lang täglich mit 60 Litern warmen Wassers irrigirt wurde, so dass also nahe an $1^1/_2$ Tausend Liter Wasser dazu verbraucht wurden. Ein 12 cm langes, 1 cm weites Hartgummidarmrohr mit 2 cm dicker Olive und zwei 2 cm langen, 1 cm breiten Fenstern, sowie einer gegen das Zurücklaufen des Wassers um dasselbe befestigten Filzplatte, welche, an die Aftergegend angedrückt, sehr gute Dienste leistete, kamen zur Anwendung. Die Dauer der einzelnen Eingiessung war $^3/_4$—1 Stunde, nach welcher Zeit etwa 3 Liter zurück-

behalten wurden und der Darm nichts mehr zurückgab. Nur $^1/_2$—1 Liter Wasser wurde etwas später durch den After wieder entleert. Seelhorst.

Ueber einen Fall von chronischer ileocoecaler Invagination.

Von Dr. Quadflieg, Hausarzt der chir. Abtheilung des Städtischen Krankenhauses „Mariahilf" in Aachen (Oberarzt Sanitäts-Rath Dr. Krabbel).

(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 27.)

Unter krampfartigen Schmerzen und zeitweise starkem Erbrechen, wechselnd mit Zeiten normalen Befindens, war innerhalb eines halben Jahres bei einem 28jährigen Patienten eine faustgrosse, druckempfindliche Geschwulst im Abdomen unter dem Nabel entstanden, welche sich nach der linken Nierengegend leicht verdrängen liess, es bestand zur Zeit der Aufnahme ins Krankenhaus bei normaler Temperatur Verstopfung; Diarrhöen oder blutige Stühle waren nicht erfolgt, Aufblähung des Darmes vom Rectum aus liess den Tumor verschwinden.

Die Operation, welche, nach Feststellung normaler Lage und Beschaffenheit der l. Niere von einem Simon'schen Lumbalschnitt aus, durch Laparotomie vorgenommen wurde, brachte eine Invagination des Ileum und Coecum bis in das Colon transversum zum Vorschein, welche sich bis auf eine 20 cm lange Partie, von der 5 cm dem Ileum, 15 dem Coecum angehörten, reponiren liess. Die nicht reponible Partie wurde resecirt, die Resektionsenden durch Naht vereinigt. Glatte Heilung. Am resecirten Stück wurden, der Spitze des Invaginatum entsprechend, breite, tiefe, ringförmige Geschwüre gefunden, der übrige Theil des Darmstücks war entzündlich geschwollen. Seelhorst.

Haematoma musculi recti abdominis traumaticum.

Von Dr. Julius Flesch-Wien.

(Wiener medizinische Blätter No. 26, 1901.)

Ausser bei Schwangeren sind Bauchdeckenhaematome nicht gerade sehr häufig. Ab und zu beobachtet man solche bei der Kavallerie, wenn das Pferd einen unerwarteten Ruck macht und der Reiter instinktiv seine Bauchmuskeln heftig anspannt. Selten nur entstehen die Bauchdeckenhaematome auf ein direktes Trauma hin. Der im Auftrage einer Unfallversicherungsgesellschaft begutachtende Arzt wird deshalb unter Umständen leicht geneigt sein, den Zusammenhang mit einem Unfalle in Abrede zu stellen und eher eine haemorrhagische Diathese oder Spontanruptur annehmen. Dass aber gelegentlich auch durch ein direktes Trauma ein schweres Bauchdeckenhaematom hervorgerufen werden kann, zeigt der von Verf. beobachtete Fall: Ein 50jähriger Kaufmann fällt über eine Treppe stolpernd der Länge nach hin und suffundirt sich die linke Kniescheibe. Er erhebt sich gleich darauf und geht beschwerdelos seiner Beschäftigung nach. Am selben Abend empfindet er anlässlich eines Hustenstosses Schmerzen im Abdomen, die stetig zunehmen und die ganze Nacht anhalten. Am dritten Tage, dem der Untersuchung, ist die linke Bauchhälfte vorgewölbt, druckempfindlich, daselbst findet sich eine Geschwulst, die der Bauchwand eng anzuliegen scheint, dicht an das Schambein heranreicht, die Linea alba um 1—2 Querfinger überschritten hat und sich nach oben hin bis zur Nabelhöhle, nach links bis 3 Querfinger innerhalb der Spina oss. ilei verfolgen lässt. Die Geschwulst hat derbelastische Konsistenz und fühlt sich etwa wie ein Myom an. Kein Fieber, keine spontanen Schmerzen, im Urin nichts Abnormes. Tags darauf entsteht eine Suffusion um den Nabelring, und am folgenden Tage war schon ein Theil der linken Bauchhälfte ganz schwarz suffundirt; schliesslich kam es zu so ausgedehnter Suffusion, dass dieselbe den linken Oberschenkel, Skrotum, Penis, die linke Bauchhälfte und Nates, sowie die linke Brusthälfte bis zur Brustwarze einnahm. Der Bluterguss kam innerhalb dreier Wochen zur Resorption, die Geschwulst war erst nach drei Monaten gänzlich geschwunden. Zweifellos hat es sich in diesem Falle um die traumatische Zerreissung eines grossen Gefässes, wahrscheinlich der Epigastrica inferior, gehandelt. —y.

Innere Medizin.

Ein Fall von Leberabscess, erkannt durch die Anwesenheit von Cholesterin-, Leucin- und Tyrosinkrystallen im Harn.

Von Vincent Dormer Harris und Macready.

(The Lancet, 15. Dez. 1900.)

Das Bestehen eines Leberabscesses und das gleichzeitige Vorkommen von Leucin, Tyrosin, Cholesterin im Urin ist, wie es scheint, bis jetzt niemals beobachtet worden.

Ein 48 Jahre alter Seemann, welcher bis zum Jahre 1896 ganz gesund gewesen war, erkrankte damals in Südamerika an einem schweren Anfall von Dysenterie, welcher 4 Wochen lang dauerte. Einen zweiten Anfall hatte er 1 Jahr später in England, einen dritten 1898 in Südafrika. Jedesmal litt er dabei an heftigem Durchfall mit blutigen Beimengungen. Zwischendurch war das Befinden gut und blieb so bis drei Monate vor der Aufnahme in das Hospital für Brustkranke in London, welche im Januar 1900 stattfand. Der Kranke klagte damals über beträchtliche Abmagerung und Schmerzen in der rechten Brustseite. Bei seiner Aufnahme erschien er sehr heruntergekommen, geradezu kachektisch, von aschgrauer Hautfarbe. Doch waren Puls, Temperatur und Athmung normal, ebenso der Befund am Herzen und über der Lunge fand sich nichts weiter als eine Schallabschwächung rechts hinten unten, Abschwächung des Athmungsgeräusches und des Stimmfremitus über derselben Stelle. Der Kranke hustete wenig und hatte spärlichen schleimigen Auswurf. Der Appetit war gut, Stuhlgang ohne Besonderheit. Die Leberdämpfung reichte rechterseits in der Mammillarlinie von der fünften Rippe bis zum Rippenrand. Der Urin reagirte sauer, hatte das spezifische Gewicht 1,020, gab deutlich die Blutreaktion und enthielt Spuren von Eiweiss. Mikroskopisch sah man darin rothe Blutkörper, Krystalle von Leucin und Tyrosin und besonders reichlich Cholesterin. Der Urinbefund vor Allem deutete auf einen destruktiven Prozess in der Leber hin. Wegen eines konstant bestehenden Druckgefühls in der rechten Lebergegend, ferner wegen der früher wiederholt aufgetretenen Dysenterie und des auf ein schweres Leiden hinweisenden Allgemeinbefindens, stellte man die Diagnose auf Leberabscess nach Dysenterie. Trotz genauester Beobachtung wurde während des Krankenhausaufenthaltes, weder subjektiv noch objektiv eine wesentliche Veränderung des Befundes wahrgenommen. Mehrmalige Probepunktion hatte zuerst keinen Erfolg. Erst bei tiefem Einstechen in der Lebergegend kam man schliesslich auf einen Eiterherd. Der Eiter enthielt keine Amöben. Man entschloss sich, der Probepunktion die Rippenresektion der VIII. Rippe in der rechten Axillarlinie anzuschliessen. Nach Entfernung der Rippe kam man auf eine dicke Membran, welche wohl aus dem Zusammenwachsen von Rippenfell, Zwerchfell und Bauchfell in Folge der Entzündung entstanden war. Nach tiefem Einschneiden kam man auf eine grosse Abscesshöhle in der Leber, aus welcher chokoladenfarbener Eiter in grosser Menge abfloss. Nach Entleerung des Eiters erholte sich der Kranke schnell, der Wundverlauf war ungestört, und es trat

vollkommene Heilung ein. Leucin, Tyrosin und Cholesterin verschwanden schnell aus dem Harn, der auch sonst wieder ganz normales Verhalten zeigte.

Der beschriebene Fall ist jedenfalls merkwürdig. 1. Durch das Vorkommen von Cholesterin im Harn, im Besonderen in Verbindung mit Leucin und Tyrosin. 2. Durch die tiefe Lage des Leberabscesses. 3. Durch das Fehlen von Fieber. 4. Dadurch, dass seit dem letzten Anfall von Dysenterie und den ersten Symptomen des Leberabscesses 2 Jahre verstrichen waren. Franz Meyer Berlin.

Eine seltene Ursache plötzlichen Todes.

Von Herbert Metcalpe.

(The Lancet, 25. Mai 1901.)

Ein 13 Jahre altes Mädchen, welches vor drei Jahren wegen tuberkulösen Lungenkatarrhs behandelt worden war, starb plötzlich unter den Zeichen der Erstickung. Da sie wenige Minuten vorher schnell eine Treppe hinauf rannte und eine Apfelsine ass, nahm man anfangs an, es sei ein Stück davon im Kehlkopf stecken geblieben und habe zur Erstickung geführt. Die Autopsie belehrte eines anderen. Bei der Eröffnung der Trachea fand man dieselbe angefüllt mit Massen von verkästen Drüsen. Ein Stück oberhalb bemerkte man in der Trachea ein rundliches Loch, durch welches man leicht einen Katheter führen konnte. Dieses Loch stand in Verbindung mit einem Sack, welcher von denselben verkästen Drüsenmassen enthielt. Es ist anzunehmen, dass durch das Loch hindurch von diesen Massen in den Kehlkopf geschleudert wurde und durch den plötzlichen Verschluss zum schnellen Tode führte. Sonst fand sich nur in den Lungen rechterseits eine kleine tuberkulöse Partie, die fast ganz verheilt und vernarbt war. Franz Meyer-Berlin.

Ueber ein Symptom der Hämoglobinurie: Cyanose und Gangrän am äusseren Ohr.

Von Dr. Fritz Rohrer-Zürich.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXIX. Bd. 2. H.)

Bei Cyanose der Ohrmuscheln ist nach Rohrer der Verdacht auf Hämoglobinurie gerechtfertigt; es soll daher in solchen Fällen zur Stellung der Diagnose unbedingt eine entsprechende Urinuntersuchung vorgenommen werden. Richard Müller.

Neurologie und Psychiatrie.

Beitrag zur Prognose der Gehirnkrankheiten im Kindesalter.

Von H. Oppenheim.

(Berliner klinische Wochenschrift. 25. 3. und 1. 4. 1901. No. 12/13.)

Oppenheim berichtet über mehrere Fälle von Hirnleiden bei Kindern im Alter von 8—13 Jahren, die ein einem Tumor der motorischen Hirnrinde entsprechendes Krankheitsbild boten, aber spontan oder unter interner Behandlung sämmtlich genesen sind. Es fanden sich stets Jackson'sche Epilepsie und Monoplegie, auch motorische Aphasie, Gefühlsstörungen, Kopfschmerz, meist Erbrechen, in $^2/_3$ der Fälle Neuritis optica, keine Temperatursteigerung. Lues wurde mit Sicherheit ausgeschlossen. Oppenheim gelangt zu dem Schluss, dass die Erkrankung eine lokalisirte Meningoencephalitis tuberculosa der motorischen Zone oder eine chronische Form der nicht eitrigen Encephalitis oder endlich einen in pathologisch-anatomischer Beziehung noch unbekannten Prozess, der besonders im Kindesalter auftritt und heilbar ist, darstelle. Samuel.

Ueber einen Fall von traumatischer Spätapoplexie.

Von Dr. S. Kolben-Wien.

(Wien. med. Wochenschr. No. 25, 1901.)

Ein dem Trunke ergebener Mann wird bewusstlos auf der Strasse aufgefunden. Aeussere Verletzungen sind nicht nachweisbar; die üblichen therapeutischen Massnahmen bleiben erfolglos, nach wenigen Stunden tritt plötzlich der Tod ein. Aus der Anamnese ist die Angabe der Tochter des Mannes bemerkenswerth, dass ihr Vater vor mehreren Wochen in einem reinen Rauschzustande aus einer klaffenden Wunde des Hinterkopfes geblutet habe, dass er jedoch nicht bewusstlos gewesen sei. Am zweiten Tage nach der erlittenen Verletzung habe er über Kopfschmerz geklagt, sei seither vergesslich geworden, habe absonderliche Gewohnheiten angenommen und sei in letzter Zeit unter starkem Husten merklich abgemagert. Aus dem Sektionsbefunde sind folgende Daten von Bedeutung: An der Schädelbasis fand sich ein beide Scheitelbeine quer durchziehender, die Spitze des Hinterhauptbeines berührender, in der Mitte der mittleren Schädelgrube endigender Knochensprung mit bereits geglätteten Rändern. Rechterseits, dem Sprunge entsprechend, eine $1^1/_2$ cm lange Kontinuitätstrennung der Dura, Blutunterlaufung derselben, der zarten Hirnhäute, Trübung der letzteren längs der Furchen, rostbraune Verfärbung an der Basis der Stirnlappen. In der Markshubstanz der rechten Hemisphäre nach vorne bis zur Stirnlappenspitze, nach unten zwischen Insel und Ganglien reichend und nur den Hinterhauptslappen freilassend, ein mächtiger Bluterguss, in dessen Peripherie die Hirnsubstanz von zahllosen kleinen Blutaustritten durchsetzt ist. Die Höhle reicht bis zu jener Stelle der Hirnoberfläche, an welcher die inneren Hirnhäute blutig unterlaufen sind. Die Substanz der Vierhügel, des angrenzenden Theiles beider Sehhügel, sowie der vorderen Theile des Bodens der Rautengrube sind von Blutaustritten durchsetzt, Brücke und verlängertes Mark etwas abgeplattet. Es handelte sich also, wie aus diesem Befunde in Zusammenhang mit den anamnestischen Angaben ohne jeden Zweifel hervorgeht, um eine echte, traumatische Spät-Apoplexie. Im Ganzen sind bis jetzt erst sieben Fälle der Art beschrieben worden, so dass die Mittheilung dieses Falles wohl von Interesse gewesen sein dürfte. —y.

Ueber Blutdruckmessungen im Dienst der Diagnostik traumatischer Neurasthenien und Hysterien.

Von Privatdozent Dr. H. Strauss.

(Neurologisches Centralblatt. 1. Februar 1901.)

Messungen des Blutdrucks haben bei funktionellen Neurosen, bei starken Rauchern, bei psychischen Emotionen — speziell bei Schmerzerzeugung — in der Regel eine Erhöhung desselben ergeben. Strauss hat mit dem Gärtner'schen Tonometer Untersuchungen bei Neurosen traumatischen Ursprungs angestellt und kommt zu dem Schluss, dass positives Ergebniss nach Ausschluss von Arteriosklerose, chronischer Nephritis und Bleiintoxikation, vorhergegangener körperlicher und geistiger Anspannung etc. geeignet sei, „für die Unterscheidung einer thatsächlich vorhandenen Nervenaffektion von Simulation in manchen Fällen vielleicht mehr oder weniger grosse Dienste zu leisten.“ Samuel.

Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes.

Von Dr. Raecke-Tübingen.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 58. Erstes Heft. 1901.)

Im Anschluss an die von Ganser besonders bei Untersuchungsgefangenen, von Jolly bei traumatischer und auch bei regulärer schwerer Hysterie beschriebene eigenthümliche Krankheitsform (eigenartige Verwirrtheit mit Hallucinationen und Sensibilitätsstörungen) berichtet Verfasser über einen solchen in der Schwangerschaft bei einer nicht belasteten Frau entstandenen, sowie über vier andere Beobachtungen bei Untersuchungsgefangenen. Das Charakteristische dieser Krankheitsform, die zu dem Verdacht der Simulation leicht Anlass giebt,

liegt darin, dass die Betreffenden Fragen aller einfachster Art nicht beantworten können, obwohl aus der Art der Antwort hervorgeht, dass sie den Sinn der Fragen ziemlich richtig aufgefasst haben. Der Verwirrtheitszustand dauert in der Regel mehrere Tage und lässt bei seinem Verschwinden für einen kürzeren oder längeren Zeitraum Amnesie zurück.

Samuel.

Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung.

Von Dr. Freyberg-Osnabrück.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 58, 1. Heft, 1901.)

Verf. berichtet über einen Lehrer von 38 Jahren, der im 24. Lebensjahre in Folge äusserer Veranlassung eine $^1/_4$ Jahr dauernde melancholische Verstimmung durchmachte. Seit November 1892 vielfacher dienstlicher Aerger, der zu Appetit- und Schlaflosigkeit führte. 9. August 1893 kaufte er sich einen Revolver, trank $^1/_3$ Fl. Cognak, richtete zwei Schüsse gegen sich, wurde bewusstlos aufgefunden, verweigerte nach dem Erwachen die Nahrung, hatte für den letzten Tag keine Erinnerung, äusserte Selbstanklagen und Selbstmordgedanken. Im September äussert er, er sei in seinem Wohnort verhasst gewesen, die Schüler wären gegen ihn beeinflusst worden. Im Oktober entspringt er, kauft sich Schnaps und einen Strick, macht einen Erhängungsversuch. In die Anstalt zurückgebracht, sehr ängstlich, misstrauisch, hält die Briefe seiner Frau für gefälscht.

Im November Gehörshallucinationen und zunehmende Beeinträchtigungsideen.

Im Dezember abermalige Entweichung.

Zu Hause ging es anfangs gut, dann wieder Depression mit Selbstanklagen. Februar 1894 wieder in die Anstalt gebracht; wird bald ruhiger, sogar etwas gehobener Stimmung, zeigt Einsicht für seine Wahnideen, wird auf den väterlichen Hof gebracht, wo er sich beschäftigen will. Bald Grübelei, Streitsucht; in der Anstalt entwickelte er absurde, z. Th. physikalische, spiritistische Wahnideen (Transformation seiner Person etc.), wurde wieder ruhiger, beschäftigte sich fleissig und wurde Juli 1899 gebessert entlassen.

Februar 1900 hatte er sich von der Haltlosigkeit aller seiner Wahnideen überzeugt, und ist wieder als Lehrer thätig, ohne dass an ihm etwas Abnormes wahrzunehmen wäre.

Ob dieser Fall wirklich als Stütze für die Behauptung angeführt werden kann, dass es Fälle von chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung gebe, ist dem Ref. nach der Vorgeschichte und dem Verlauf sehr zweifelhaft. Samuel.

Gutachten über den Geisteszustand und die Dispositionsfähigkeit in einem Rechtsstreite.

Von Dr. E. Kraus-Wien, emer. k. k. Bezirksgerichtsarzt.

(Allgem. Wiener medizin. Zeitung No. 9, 1901.)

Dem im Nachstehenden wiedergegebenen Gutachten liegt folgender Sachverhalt zu Grunde: V. Z., ein Mann von 65 Jahren, kinderloser Wittwer, zeigte schon seit Längerem Spuren einer gestörten geistigen Thätigkeit; so konnte er z. B. sich oft kürzlich geschehener Ereignisse nicht erinnern, erkannte manchmal Freunde und Verwandte schwer und bekundete in seinen Handlungen häufig einen schon Laien auffallenden Schwachsinn. Seit vielen Jahren dem Trunke ergeben, hat man ihn aber nie vollgetrunken gesehen. Dieser Mann, Besitzer eines Anwesens von einigen Tausend Gulden, verkauft dasselbe im Jahre 1869 an einen Häusler, der die vertragsmässige Verpflichtung übernehmen muss, den V. Z. bis an sein Lebensende zu verpflegen; nach dem Tode desselben sollte ein Theil des Vermögens dem Käufer bleiben, der weitaus grössere Theil sollte Stiftungen zufallen. Als die Erben zwei Jahre später von diesen Abmachungen erfuhren, wurden sie klagbar und bestritten die Giltigkeit des Kaufvertrags. Verf. hatte als Gutachter zunächst die Frage zu beantworten: Ist V. Z. gegenwärtig blödsinnig derart, dass er seine Handlungsweise und die Folgen derselben nicht zu beurtheilen vermag? Die Antwort lautete: Die nur träge reagirenden Pupillen, der retardirte Puls, die unbeholfene, stammelnde, beinahe ganz unverständliche Sprache, die Kontraktur der Nacken- und Rückenmuskeln, der schwankende Gang, die unsicheren Bewegungen, namentlich beim Umdrehen, sind tiefgreifende Motilitätsstörungen, die auf eine Erkrankung der Nervencentren unzweifelhaft hindeuten und bei dem als Gewohnheitstrinker bekannten Untersuchten bedingt sind durch eine in Folge Missbrauches alkoholischer Getränke fortwährend unterhaltene Hyperaemie des Gehirnes und seiner Häute, sowie des Rückenmarkes und der dadurch allmählich verursachten Desorganisation des Gehirnes. Berücksichtigt man weiter den starren, ausdruckslosen Blick des V. Z., sein fortwährendes, nichtssagendes Lächeln, sein gänzlich gestörtes Perceptionsvermögen, seine unzusammenhängenden, den Gegenstand der an ihn gerichteten Fragen gar nicht berührenden Antworten, seine auffällige Gedächtnissschwäche, so kann man sich der Einsicht nicht verschliessen, dass man es mit einem auch psychisch ausgesprochen kranken Individuum zu thun hat. Die psychische Störung im Verein mit den geschilderten paralytischen Zuständen des Muskelapparates sind als das Ergebniss eines Prozesses zu betrachten, den man mit dem Namen paralytischer Blödsinn bezeichnet. Von dem übermässigen gewohnheitsgemässen Genusse geistiger Getränke, namentlich des Branntweines, ist es bekannt, dass derselbe Gehirnstörungen verschiedener Art erzeugt: es ist leicht begreiflich, wie einerseits durch das veränderte, sauerstoffärmere Blut, durch den während des Rausches gleichsam permanent erhaltenen Kongestionszustand des Gehirns, durch die mit der Trunksucht verbundenen Excesse und widrigen psychischen Einflüsse, sowie durch die bei Säufern gleichzeitig vorhandenen Erkrankungen der Leber, des Magens, Darmes und der Nieren, oft auch der Brustorgane ein schädliches Zusammenwirken von Momenten gegeben ist, welche auf die Ernährung und normale Thätigkeit des Gehirns den schädlichsten Einfluss üben müssen. Unter Berücksichtigung all dieser Momente ist V. Z. als blödsinnig zu betrachten, und zwar derart, dass er seine Handlungsweise, sowie deren Folgen nicht zu beurtheilen vermag.

Es fragt sich nun: Wie lange dauert der gegenwärtige Blödsinn und ist insbesondere anzunehmen, dass derselbe schon zur Zeit des Abschlusses des Kaufvertrages in solchem Grade vorhanden war, dass V. Z. schon damals als unzurechnungsfähig zu betrachten war?

Aus den Untersuchungen verschiedener Forscher ergiebt sich unzweifelhaft, dass die Hyperaemie des Gehirnes eine der wichtigsten und gewöhnlichsten Grundlagen der Funktionsbehinderung und Desorganisation der Gehirnelemente abgiebt und auf diese Weise die ergiebigste Quelle der Geisteskrankheiten und namentlich auch des Blödsinns wird.

Die chronische Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Häute, sowie des Rückenmarks alterirt jedoch nicht nur das Seelenleben, sondern führt in weiterer Folge, indem sie zu Gehirnoedem, zu Trübungen und Verdickungen der Gehirnhäute, zu Bindegewebsneubildungen Veranlassung giebt, verschiedenartige Lähmungszustände herbei, wie solche V. Z. aufweist. Es ist aber eine Thatsache, dass in solchen Fällen die Bewegungsstörungen und die Seelenstörung stets Hand in Hand gehen, und zwar in der Weise, dass Beide entweder zugleich auftreten, oder — und das ist das Gewöhnlichere — die Seelenstörung schon längere Zeit besteht, ehe die ersten

Zeichen der Paralyse sich zeigen. Die Anfänge des Blödsinnes sind daher bei V. Z. in einen Zeitraum vor dem Eintritt der Lähmungserscheinungen zurückzuverlegen. Diese Letzteren jedoch bedurften unzweifelhaft, bevor sie ihren jetzigen Höhepunkt erreichten, einer langen Reihe von Jahren; sie gehören ihrer Natur nach zu den sogen. progressiven Lähmungen, die als nächste Folge der zunehmenden chronischen Alkoholintoxikation zu betrachten sind. Es ist deshalb der Schluss gestattet, dass die Seelenstörung V. Z.'s lange vor dem Jahre 1869 bestand. Bezüglich der Frage, ob V. Z. beim Abschluss des Vertrages bereits derartig blödsinnig war, dass er die Folgen und Wirkungen seiner Handlungsweise zu berechnen nicht im Stande war, ist Folgendes zu betonen: Das Wesen des Blödsinnes besteht in einem allmäligen Zerfallen des Bewusstseinslebens bis zu seinem gänzlichen Verfalle; schon im ersten Stadium des Blödsinnes gehen die psychischen Störungen mit dem ausgesprochenen Charakter des Verfalles einher, die einzelnen Elemente des Seelenlebens können noch eine Zeit lang bestehen, aber es fehlt ihnen diejenige Verbindung, durch die sie zur Einheit des menschlichen Bewusstseins zusammenschmelzen, und da die Elemente erst von der Einheit des menschlichen Bewusstseins ihre rechte Bedeutung erhalten, so müssen sie im Blödsinne immer unbedeutender werden, obwohl sie eine Zeit lang noch fortbestehen können. Nicht Gedächtnissfragmente sind es, die das Seelenleben konstituiren, sondern einzig und allein der volle unbehinderte Gebrauch, den der Mensch von seinem Gedächtnissvorrath macht.

Es darf also als sicher angenommen werden, dass der Prozess der Geisteskrankheit beim Vertragsabschluss nicht nur schon bestand, sondern um diese Zeit bereits einen solchen Grad erreicht hatte, dass V. Z. nicht mehr im Stande war, die Folgen und Wirkungen seiner Handlungsweise zu berechnen. Insbesondere muss, was den speziellen vorliegenden Fall anbetrifft, betont werden, dass es zur gehörigen Würdigung eines solchen Aktes, wie es der Kaufvertrag mit den verschiedenen Bedingungen und Modalitäten ist, eines ganz gesunden Vorstellungs- und Auffassungsvermögens, einer vollständig unversehrten Urtheilskraft und eines richtigen Denkvermögens bedarf, Geistesfähigkeiten, die, nach der Dauer seiner Krankheit zu schliessen, bei V. Z. nicht mehr vorhanden sein konnten. Auf Grund dieser Ausführungen, denen sich der Gerichtshof anschloss, wurde der geschlossene Kaufvertrag für nichtig erklärt. -y.

Vergiftungen.

Selenverbindungen als Faktoren beim Zustandekommen der Bier-Vergiftungs-Epidemie.

Von F. W. Tunnicliffe und Rosenheim.
(The Lancet 2. Februar 1901 und 30. März 1901.)

Wenn auch kein Zweifel besteht, dass bei der epidemischen Neuritis des letzten Jahres nach Biergenuss das Arsen eine wesentliche Rolle spielte, hielt man es doch für möglich, dass noch ein anderes Gift in Betracht kommen könnte.

Besonders auffallend war, dass die schweren krankhaften Erscheinungen zu den geringen Mengen Arsens, welche man zu sich genommen hatte, manches Mal in gar keinem Verhältniss standen. Deshalb hielt man es für möglich, dass noch andere Verunreinigungen der Schwefelsäure von ähnlicher physiologischer Wirkung wie das Arsen in das Bier gelangten, die man bis jetzt nicht entdeckt und nicht beachtet hatte.

Hierbei kamen Selen und Thallium in Frage: Bekanntlich kommt Selen zusammen mit Arsen in fast allen Pyriten, mit deren Hülfe Schwefelsäure dargestellt wird, vor. Die farblose, im Handel vorkommende gereinigte englische Schwefelsäure, welche unter dem Namen von „double rectified oil of vitriol“ verkauft wird und bei den letzten Vergiftungen in Frage kam, enthielt, wie die oben genannten Autoren selbst feststellen konnten, Selen und Arsen in deutlichen Mengen.

Es fanden sich 0,2 Prozent Selen oder 0,3 Prozent selenige Säure. Möglicher Weise enthält „brown oil of vitriol“, was gewöhnlich bei der Zuckerfabrikation gebraucht wird, entsprechend dem höheren Arsengehalt auch mehr Selen. Eine Analyse davon war nicht gemacht worden. Die pharmakologischen Eigenschaften von Selen sind denen des Arsens ähnlich; und zwar so ähnlich, dass nach Kobert die beiden Gifte nach ihren Wirkungen verwechselt werden können.

Nach Chabrié beträgt die tödtliche Dosis für Hunde 3 mg pro Kilo des Körpergewichts. Achtet man bei der Analyse nicht mit besonderer Sorgfalt auf das Selen, so kann es bei Gegenwart von Arsen leicht übersehen werden. Als ein feines Reagens für dasselbe in farbloser Schwefelsäure gilt das Codein, welches in der Kälte grüne Farbe hervorbringt, die sich in der Wärme in Stahlblau umwandelt. Es ist also wahrscheinlich, dass bei der letzten epidemischen Biervergiftung Selen eine bestimmte Rolle gespielt hat und neben dem Arsen zur Wirkung gekommen ist. Dadurch könnten zahlreiche annormale Fälle erklärt werden, diejenigen in welchen z. B. die gefundene Menge Arsen sehr klein, oder diejenigen, wo man in den Exkreten überhaupt kein Arsen nachweisen konnte. Es ist jedenfalls nothwendig, dass die Schwefelsäuren die bei der Herstellung von Nahrungsmitteln verwendet werden, nicht nur frei von Arsen, sondern auch frei von Selen sind.

Nachdem es gelungen war, Selen in der Schwefelsäure, welche bei der jüngsten Epidemie zur Fabrikation des Bieres verwandt wurde, nachzuweisen, und ferner in zwei Bierproben aus einer Salford Brauerei, ist jetzt Selen auch in Invertzucker von Bostocks gefunden worden. Die quantitativen Analysen von Selen in Bier und in Brauereizucker haben die erste Annahme bestätigt, dass bei der epidemischen Biervergiftung neben dem Arsen das Selengemisch eine Rolle spielte, und dass seine Menge etwa ein Drittel bis ein Viertel der Arsenmenge betrug. Franz Meyer-Berlin.

Der toxicologische Nachweis des Arsens und der Einfluss des Selens bei seiner Auffindung.

Von Willcox.
(The Lancet 16. März 1901.)

Willcox hat eine ganze Reihe von Bierproben von Manchester und seiner Umgebung analysirt. Mit Hilfe des Versuchs von Reinsch und desjenigen von Marsh hat er den strikten chemischen Beweis geführt, dass die epidemische Vergiftung nach Biergenuss unmöglich in erster Linie dem Selen zu zuschreiben sei, und dass Arsen eine nebensächliche Rolle dabei spielte. Franz Meyer-Berlin.

Dermatitis durch arsenhaltige Strümpfe.

Von Tunnicliffe und Rosenheim.
(The Lancet, 27. April 1901.)

In zwei Fällen hat sich an den Beinen, so weit sie von Strümpfen bedeckt waren, eine beträchtliche Entzündung der Haut entwickelt. In einem der Fälle war das Allgemeinbefinden mitbetheiligt, es zeigte sich auch Erbrechen, Unruhe und Krankheitsgefühl. Die Affektion wiederholte sich, sogar als die Strümpfe gewaschen worden waren und wieder gebraucht wurden. Da man mit Hilfe der chemischen Analyse beide Male Arsenik nachweisen konnte, so darf man wohl annehmen, dass dieses Gift die Ursache der Erkrankung gewesen ist. Nach diesem Befunde hat man Strümpfe derselben Art und aus denselben Geschäften, wie diejenigen, welche die Hautaffektion hervorriefen, auf ihren Arsenikgehalt geprüft.

Man konnte stets Arsenik nachweisen, wenn auch in geringeren Mengen als in den obigen Fällen. Da Arsenik in Lösung leichter resorbirt wird als in ungelöstem Zustand, kann man vielleicht annehmen, dass in solchen Fällen der Vergiftung der Schweiss eine begünstigende Rolle spielt und das Arsenik löslicher macht. Die Gesetze Deutschlands und Oesterreichs und vor allen Dingen in Schweden sind in Bezug auf die verwendbaren Farben strenger als in England. Daher ist die Gefahr einer solchen Vergiftung bei dem Gebrauche deutscher Waare so gut wie ausgeschlossen. Franz Meyer-Berlin.

Die Ausscheidung des Arseniks durch die Haare, und ihre Beziehung zur Arsenvergiftung.

Von Edmund Knecht und W. F. Deardon.

(The Lancet, 23. März 1901.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass das innerlich aufgenommene Arsen zum Theil in der Haut und in den Haaren abgelagert wird, und dass dies für die forensische Medizin von besonderer Wichtigkeit ist, kann nicht zweifelhaft sein. Man durfte annehmen, dass das Haar von Leuten, die eine abnorme Menge Arsen längere Zeit zu sich nehmen, diesen Stoff in vermehrter und leichter nachweisbarer Menge enthalten müsse. Es wurde das Haar von 6 Männern zur Analyse benutzt. 2 Proben stammten von sicheren Fällen von Arsenvergiftung nach Biergenuss; die dritte Probe bei einem Patienten, welcher längere Zeit hindurch täglich etwa 7 mg Arsen zu sich genommen hatte. 3 Proben stammten von 3 gesunden Individuen. Bei den drei letztgenannten konnte Arsen in kleinsten Spuren nachgewiesen werden. Die Analyse von demjenigen Patienten, welcher Arsen als Medikament zu sich genommen hatte, ergab das Vorhandensein von Arsen in einem Verhältniss von 0,3 auf 10,000. Genau dieselbe Menge fand sich in dem Haar des einen, welcher arsenhaltiges Bier genossen hatte. Bei dem anderen war das Verhältniss ein weit grösseres und betrug 1 auf 10,000. Der beträchtliche Unterschied der Arsenmenge bei gesunden Personen und denjenigen, welche längere Zeit Arsen zu sich genommen haben, beweist, dass die chemische Analyse vom diagnostischen Standpunkt aus betrachtet sicheren Werth besitzt. Für die gerichtliche Medizin ist diese Thatsache von der grössten Wichtigkeit, zumal Haare zu denjenigen Bestandtheilen des Körpers gehören, die nach dem Tode am längsten erhalten bleiben. Die Methode, welche zum Nachweis von Arsen angewandt wurde, war die von Langer modifizirte Marsh'sche Methode. Franz Meyer-Berlin.

Terpentinvergiftung.

Von Grapel.

(The British Medical Journal 9. Februar 1901.)

Eine 20 Jahre alte Frau hatte versehentlich Terpentin geschluckt. Unmittelbar darauf hatte sie keinerlei Beschwerden und begab sich zu Bett. Aber schon nach zwei Stunden erwachte sie wieder und fühlte sich schwer krank; besonders klagte sie über Schwindel und über Kältegefühl. Am nächsten Morgen war das Uriniren mit grossen Schmerzen verbunden und nach dem Wasserlassen gingen grössere Klumpen Blutes ab. Da die Schmerzen zunahmen, der Blutverlust beim Urinlassen grösser wurde, wandte sich die Kranke nach sechs Tagen an einen Arzt. Durch Bettruhe und entsprechende Diät trat allmählich Besserung ein. Im Anfang der Behandlung bestand Fieber, der Puls war schnell, unregelmässig und leicht unterdrückbar. Der Urin enthielt etwas Eiweiss und Blut und hatte deutlichen Veilchengeruch. Nach einer Behandluug von acht Tagen war die Blutbeimengung des Urins nur noch gering, nach etwa drei Wochen fühlte sich die Kranke vollkommen wohl, der Urin aber hatte noch immer deutlichen Veilchengeruch. Franz Meyer-Berlin.

Terpentinvergiftung.

Von Stanwell.

(The British Medical Journal 16. März 1901.)

Im Anschluss an den Fall von Terpentinvergiftung, welcher im Medical Journal den 9. Februar beschrieben wurde, wird hier über einen Fall berichtet, in welchem eine geisteskranke Frau eine ganze Flasche Terpentin ausgetrunken hatte. Eine Viertelstunde nach Einnehmen des Terpentins wurde der Magen mit Hilfe einer Magenpumpe ausgespült. Die Vergiftungserscheinungen bestanden hier einzig und allein in Röthung der Rachenschleimhaut und leichtem Unbehagen in der Magengegend. Der Urin roch nach Veilchen, enthielt kein Eiweiss und verhielt sich auch sonst in jeder Weise normal. Man nimmt an, dass Terpentin schnell im menschlichen Magen resorbirt wird. Obwohl nach dem Einnehmen des Giftes bis zur Ausspülung des Magens eine Viertelstunde verstrichen war, waren die Vergiftungserscheinungen so gering, dass nur wenig Terpentin resorbirt worden sein kann.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Vergiftung durch Kohlentheernaphtha.

Von Herbert Douthwaite.

(The Lancet, 26. Januar 1901.)

Vergiftungen durch Kohlentheernaphtha sind ausserordentlich selten und fast niemals beschrieben worden.

Ein 6 Jahre altes, kleines Mädchen, in dessen Zimmer eine Flasche mit Kohlennaphtha stand, welches die Mutter daselbst aus Versehen zurückgelassen hatte, fand man bald danach in bewusstlosem Zustand in erschwerter und beschleunigter Athmung. Der Athem hatte einen starken Geruch nach Benzin. Das Gesicht war livide verfärbt, die Hände waren kalt und feucht, die Pupille war erweitert, die Konjunktiva unempfindlich gegen Berührung. Der Puls war sehr schnell und klein.

Bei genauer Prüfung der Flasche, welche die betreffende Flüssigkeit enthielt, wurde festgestellt, dass etwas davon fehlte, und dass das Kind etwa 60 bis 80 Gramm zu sich genommen hatte. Es wurden die Wiederbelebungsversuche mit aller Sorgfalt vorgenommen. Mit Hilfe von künstlicher Athmung, Cognacklystiren, leichten Brechmitteln gelang es in der That nach längerer Zeit die Patientin wieder zu Bewusstsein zu bringen. Die erbrochenen Massen bestanden aus halb verdauter Nahrung, die mit Schleim vermengt war und sehr intensiv nach der giftigen Flüssigkeit roch. In den ersten beiden Tagen nach der Vergiftung war das Befinden leidlich gut; dann aber entwickelte sich eine akute heftige Entzündung der oberen Luftwege und der Luftröhre, an deren Folgen das Kind verstarb.

Kohlennaphtha kann leicht von Holznaphtha durch den charakteristischen benzinartigen Geruch unterschieden werden. Der Vater des Kindes war Angestellter einer Gasgesellschaft und pflegte dieses Produkt zu benutzen, um den Theer von seinen Händen zu entfernen. Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Cocain-Vergiftung.

Von Fraser.

(The Lancet, 20. Juli 1901.)

Eine 59 Jahre alte Frau litt an ulcus rodens in der Gegend der rechten Augenhöhle. Die geschwürige Fläche wurde mit Formalin-Umschlägen (40 Prozent) bedeckt, welche heftige Schmerzen hervorriefen. Um diese Schmerzen zu mildern, versuchte man vor den Umschlägen mit Hülfe eines Sprays mit 10 prozent. Cocainlösung die betreffende Hautpartie unempfindlicher zu machen. An 2 Tagen war der Spray zwei Mal täglich benutzt worden, dann zeigte die Kranke auffallende Ver-

änderungen. Erst wurde sie sehr ruhig und antwortete auf Fragen nur zögernd, dann wurde sie sehr aufgeregt und vollkommen bewusstlos. Der Puls wurde beschleunigt, sehr gespannt. Die Athmung war unregelmässig und hatte den Charakter des Cheyne-Stokes Athmens. Es traten clonische Krämpfe ein, die sich über den ganzen Körper erstreckten. Speichel floss aus dem Munde, der Körper war in kaltem Schweiss gebadet. Das Gesicht war blass, die Pupillen reagirten in normaler Weise, auch die Körpertemperatur blieb unverändert. Im Verlauf von 3 Stunden kam die Kranke mit Hülfe von Amylnitrit und Sauerstoff-Inhalationen wieder zu sich und verfiel in ruhigen Schlummer. Am nächsten Tage fühlte sie sich vollkommen wohl, konnte sich aber an die Ereignisse des vorhergehenden Tages nicht mehr erinnern. Im Ganzen war etwa eine Menge von 0,3 g Cocain verbraucht worden.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von akuter Digitalin-Vergiftung.

Von Fr. Radcliffe.

(The British Medical Journal, 9. Februar 1901.)

Ein Kind von 1 Jahre oder 11 Monaten zeigte bei der ärztlichen Untersuchung folgende schwere Erscheinung:

Es war fast bewusstlos, blass, die Pupillen waren etwas erweitert und es erbrach kleine Mengen von gallenverfärbtem Schleim. Die Extremitäten waren kalt, der Puls ausserordentlich beschleunigt, aussetzend und so unregelmässig, dass er nicht gezählt werden konnte. Die Athmungsbewegungen waren sehr flach und langsam. Das Kind schwitzte sehr stark. Am Tag vorher hatte man bemerkt, dass das Kind mit einer Schachtel spielte, welche Digitalin-Pillen enthielt, welche einer Verwandten im Hause verordnet worden waren. Bis zum Abend dieses Tages war das Kind gesund, dann wurde es unwohl, erbrach wiederholt und wurde schläfrig. An der Diagnose der Digitalin-Vergiftung konnte kaum ein Zweifel sein. Trotz geeigneter Behandlung verschlechterte sich der Zustand erst, vor allen Dingen war das Kind vollständig comatös. Auch am Abend des ersten Tages der Behandlung hörte das Erbrechen nicht auf.

Am folgenden Tage war der Zustand gebessert, das Bewusstsein war wiedergekehrt. Vier Tage später war das Kind wieder hergestellt, und auch der Puls, der bis dahin ungleichmässig war, war wieder gleichmässig, das Herz in normalem Zustand. Wahrscheinlich hatte das Kind im Ganzen $1^1/_4$ mg von Nativelle's Digitalin geschluckt. Es ist auffallend, dass die bedrohlichen Symptome erst 29 Stunden nach Einnehmen des Giftes sich zeigten.

Franz Meyer-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

XXX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, vom 10. bis 13. April 1901.

Originalbericht
der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

(Fortsetzung.)

Mikulicz (Breslau) und **Bier** (Greifswald): Die verschiedenen Methoden der Schmerzbetäubung und ihre Indikationen.

Mikulicz hat die jahrelang von Gurlt geführte Narkosenstatistik übernommen. Bei einer Gesammtzahl von 330 000 Narkosen hat sich eine Mortalität von 1 : 2074 ergeben, die zumeist dem Chloroform zuzuschreiben ist, so dass die Statistik zu Gunsten des Aethers zu sprechen scheint. Wenn man aber die schädlichen Nachwirkungen des Aethers mit ihren späten lethalen Ausgängen genügend berücksichtigt, erhält man ein ganz anderes Verhältniss, so dass die Frage, ob Aether oder Chloroform den Vorzug verdient, heute noch unentschieden ist. Jetzt steht eine neue Frage zur Diskussion, die, ob wir der Inhalations- oder lokalen Anästhesie den Vorzug geben sollen

Von lokalen Anaesthetica kommt zunächst das Amylaethyl in Betracht, wodurch wir eine Erfrierung des Gewebes erzielen.

Dann hat 1884 Koller in Heidelberg als erster das Cocain in Anwendung gebracht. Bei seiner ersten Anwendungsweise, der Aufpinselung auf die Schleimhäute, brachte es zwar in der Laryngologie und Rhinologie eine grosse Umwälzung, die Chirurgie blieb aber wenig beeinflusst, da man es so nur bei Operationen am Hals, in der Blase und der Urethra anwenden konnte. Erst Schleich's Infiltrationsanästhesie brachte dem Cocain seine vielfache Verwendung in der Chirurgie. Daneben steht noch das Verfahren von Oberst, die regionäre Anästhesie, während die cirkuläre Anästhesie Hackenbruch's weniger Anhänger gefunden hat. Als letzte Anwendungsweise erfolgte die von Bier angegebene Cocainisirung des Rückenmarks. Diese Methode wurde in der Breslauer chirurgischen Klinik in 40 Fällen angewendet. Zuerst war M. von der Wirkung des neuen Verfahrens ganz verblüfft, dann kam er aber zu der Erkenntniss, dass es sich noch lange nicht für die allgemeine Praxis eigene, weil in Bezug auf Dosirung und Präparat noch zu grosse Gefahren bestehen.

Bei den grossen Operationen ist M. von der Anwendung der Lokalanästhesie vielfach zurückgekommen. Er theilt die operativen Eingriffe in drei Gruppen ein: 1. kleine Operationen, wie Incisionen kleiner Eiterherde, Exstirpation kleiner oberflächlich gelegener Tumoren und dergleichen, wobei die Anwendung der lokalen Anästhesie selbstverständlich ist, 2. solche Fälle, wobei die lokale Anästhesie nicht zweckmässig ist. Dahin gehört die Laparatomie, die eine grosse Ruhe erfordert, die Entfernung des Mammacarcinoms, weil dabei die Grösse des Tumors zu viel Cocain erfordert. Dann Fälle, bei denen es während der Operation auf eine genaue Beurtheilung des Gewebes ankommt, da durch die lokale Anästhesie die Abgrenzung des gesunden von dem kranken Gewebe sehr erschwert wird. In die dritte Gruppe gehören Operationen, bei denen man in Betreff der Methode schwanken kann, z. B. bei solchen am Magen und Darm; bei diesen kommt in Betracht, die Abwägung zwischen der Gefahr, die das Leiden an sich bietet, und derjenigen der Narkose. Dem Arzte muss es stets überlassen bleiben, wie er die Anästhesirung durchführen will.

Bier (Greifswald): Das von mir angegebene Verfahren der Anästhesirung durch Cocainisirung des Rückenmarks ist bis jetzt in etwa 1200 Fällen ausgeführt worden. Die anzuwendende Dosis Cocain ist vorher nicht mit Sicherheit festzustellen. Die Dauer der Anästhesie beträgt 30 Minuten bis 2 Stunden, so dass die grössten Operationen darunter auszuführen sind. Das Cocain ist aber, in den Duralsack eingespritzt, ein schweres Gift, es können danach Vergiftungen eintreten; ich habe selbst schwere Collapse und Todesfälle in Folge des Verfahrens eintreten sehen. Für die allgemeine Praxis ist es in seiner jetzigen Form unbrauchbar, ich muss deshalb den warmen Empfehlungen anderer Chirurgen entgegentreten. Die üblichen Gegenmittel gegen eine Cocainvergiftung sind wirkungslos.

Es giebt drei Wege, die Schädlichkeit der Methode zu beschränken: 1. zu versuchen, das Cocain durch verwandte oder andere Mittel zu ersetzen. Eucain und ähnliche Mittel, Antipyrin bieten keinen Vortheil, die Karbolsäure ist sehr giftig.

Durch intradurale Infusion von physiologischer Kochsalzlösung gelang es mir bei Katzen völlige Anästhesie hervorzurufen, beim Menschen ist es mir aber nicht gelungen, 2. kann man versuchen, dünnere Lösungen des Cocains zu benutzen; allein bei sehr grosser Verdünnung bleibt die Wirkung aus. Endlich kann man 3. versuchen, das giftige Mittel vom Gehirn abzuschliessen, zu verhindern, dass das Mittel auf dem Blutwege ins Gehirn gelangt, indem man eine Binde fest um den Hals legt. Die Wirksamkeit des Verfahrens kann nicht in Zweifel gezogen werden; die allmähliche Anästhesirung beginnt von den Zehen, geht über den Rumpf hinauf bis in die Höhe der Mamillae und hielt mehrere Stunden an. Es handelt sich um eine Methode, die noch nicht für den allgemeinen Gebrauch geeignet ist, sich in der Entwicklung befindet, durchaus nicht harmlos, aber auch nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen ist.

Wenn man das Cocain verdünnt anwendet und nach dem Einstich der Nadel erst 5 ccm Cerebrospinalflüssigkeit ausfliessen lässt und dann ebenso viel Flüssigkeit einspritzt, dann geht die Analgesie weiter hinauf, die Tastempfindlichkeit bleibt aber. Bei 19 operirten Fällen traten 15 mal Nacherscheinungen auf.

Wohlgemuth (Berlin): Eine neue Chloroformnarkose.

Die neue Methode besteht darin, dass durch einen entsprechenden Apparat eine genau dosirte Chloroformmenge mit Sauerstoff gemischt zugeführt wird. Als Sauerstoffquelle dient ein Eisencylinder, in welchem komprimirter Sauerstoff enthalten ist, so wie derselbe im Handel vorkommt.

Nach den ersten Athemzügen werden Haut und Schleimhäute hochroth. Der Puls wird dann fast im Moment, nach etwa 4 Minuten, ganz langsam. Eine Exzitation ist fast nicht vorhanden. Erbrechen ist nur sehr selten.

Eine Schleim- und Speichelsekretion findet nicht statt. Die Patienten erwachen 5—10 Minuten nach dem Aussetzen der Narkose und befinden sich dann sofort ganz wohl. Bis jetzt sind 180 Narkosen nach dieser Methode gemacht, ohne dass irgend eine bedrohliche Störung eingetreten ist.

Kohlhardt (Halle): Ueber Entgiftung des Cocains im thierischen Körper.

Kohlhardt hat bei Kaninchen deren Körpergewicht $4^3/_4$ bis $5^3/_4$ Pfund betrug nach Absperrung einer Vorderextremität vom Blutkreislauf durch einen Gummischlauch eine subkutane Injektion in die Muskeln dieser Extremität von einer 10 %igen Cocainlösung gemacht, so dass die Thiere 0,15 g Cocain einverleibt bekamen. Wurde nun der Schlauch nach $^1/_2$ bis 1 Stunde gelöst, so traten keine Vergiftungserscheinungen ein, während die gleiche Dosis bei Thieren mit nicht abgeschnürten Gliedmassen absolut tödtlich war; wurde der Schlauch bei den abgeschnürten Extremitäten dagegen schon nach wenigen Minuten gelöst, so starben die Thiere auch stets. K. zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, dass das Cocain im Thierkörper entgiftet wird, ohne bisher dafür eine Erklärung geben zu können.

von Hacker (Innsbruck): Zur operativen Behandlung der periösophagealen und mediastinalen Phlegmone.

Die Patientin Hacker's eine 35jährige Frau, war wegen hochgradiger Aetzstriktur der Speiseröhre im Oktober 1900 gastrotomirt worden zur retrograden Erweiterung der Striktur. Nachdem sie sich sehr erholt hatte, wurde sie auf ihren Wunsch mit der Warnung entlassen, sich nicht bougiren zu lassen. Sie liess sich aber doch bougiren und erzielte dadurch eine solche Besserung, dass 3 Wochen später das Drain entfernt und letztere verschlossen werden konnte. Nach einem Monat stellten sich Schmerzen in der Gegend des Sternums ein, die Patientin kam sehr herunter, 3 Tage später stellte sie sich in der Klinik mit den Symptomen einer Phlegmone ein. Der Hals war stark aufgetrieben, ohne deutliche Fluktuation, über dem Sternum bestand eine Dämpfung, deren Begrenzungslinie bei Lagewechsel der Patientin wechselte. Bei fortwährend quälendem Husten bestand Foetor ex ore und heftiges Fieber. Patientin wurde mit dem Kopfe tief gelagert. Am folgenden Morgen bestand an der rechten Halsseite ein Emphysem mit starker Schmerzhaftigkeit in der Tiefe, das Fieber war etwas gefallen und die Schwellung am Halse war geringer geworden.

Es wurde zuerst die Magenfistel mit einem Medianschnitt eröffnet, dann eine Inzision an der rechten Halsseite gemacht, aus welcher übelriechendes Gas ausströmte. Nach unten führte ein Gang in eine Höhle, welche $^1/_4$ l stinkenden Eiters enthielt, die entleert und ausgespült wurde. Die Körpertemperatur sank nach der Operation zur Norm, die Patientin erholte sich schnell, bekam Appetit und wurde nach 2 Monaten vollständig geheilt. Die Perforationsstelle im Oesophagus hatte sich 3 cm unterhalb des Jugulums befunden.

Henle (Breslau): Pneumonie und Laparatomie.

Henle hat in der Breslauer Klinik aus den letzten 10 Jahren 1787 Laparatomien zählen können, bei welchen 143 mal eine Pneumonie aufgetreten ist, also in 8 % mit einer Mortalität von 3 % der Operirten. Fast alle Pneumonien waren lobär. Bei 52 Sektionen fanden sich 7 mal fibrinöse und 17 mal gangränöse Prozesse in den Lungen. 5 mal fand sich eine Embolie. Die meisten Pneumonien bestanden rechts, einige waren doppelseitig. Bei einigen Kranken trat eine Pleuritis serofibrinosa auf, ohne Pneumonie.

Bei laparatomirten Männern trat, wohl als Folge des Alkoholgenusses, häufiger eine Pneumonie auf, wie bei den Frauen. War das primäre Leiden der Operirten ein gutartiges, so war der Verlauf der Pneumonien ein besserer, wie bei malignen Prozessen. Dass in manchen Fällen die Narkose zur Pneumonie Veranlassung giebt, indem die Herzschwäche zur Hypostase führt, ist sicher. Die Hauptursache für die Entstehung der Pneumonien sucht Henle aber in der Abkühlung bei der Operation, worin er dadurch bestärkt wird, dass in der Breslauer Klinik, seitdem die Operationstische erwärmt werden, die Pneumonien an Zahl abgenommen haben. Ein Theil von Pneumonien endlich sind als reine Schluckpneumonien aufzufassen, einige erklärt sich Henle durch Einathmung von Infektionserregern. In einem Falle beobachtete Henle die seltene Entstehung einer Pneumonie auf haematogenem Wege von einem Abscesse in der Leibeshöhle aus.

Diskussion: Krönlein hatte bei 298 Laporatomien nur 1 Pneumonie, bei einem 76jährigen Manne. Gegen die Abkühlung hat er gar keine besonderen Vorkehrungen getroffen, dagegen sucht er den Aetherverbrauch bei der Narkose auf ein Minimum einzuschränken, sodass er mit seinem Quantum unter der Hälfte des Durchschnittsquantums der Gurlt'schen Statistik bleibt.

Kümmel hatte unter 1070 Laporatomien 40 Pneumonien, mit 27 Todesfällen. Er beobachtete die Pneumonieen meist bei allgemein heruntergekommenen Kranken und bei solchen, die vorher schon entzündliche Veränderungen an ihren Athmungsorganen hatten. Er hält einen häufigen Lagewechsel während der Operation und möglichste Abkürzung der Bettruhe für das erfolgreichste Mittel zur Bekämpfung der Pneumonien.

Wolff-Berlin: Die Arthrolyse und die Resektion des Ellenbogengelenks.

Wolff hat wegen der unbefriedigenden Erfolge der funktionellen Resektion des Ellenbogengelenkes im Jahre 1895

die Arthrolyse für knöcherne und straff fibröse Ankylosen vorgeschlagen. Seitdem konnte er die neue Methode in neun Fällen anwenden. Er durchschneidet oder durchmeisselt alle knöchernen oder fibrösen Stränge und Auflagerungen, welche die Gelenkbewegung beeinträchtigen in offener Wunde ohne Resektion, wobei die Gelenkenden der Knochen vollständig skelettirt werden. Im vergangenen Jahre operirte er auf diese Weise eine Schauspielerin. Die Operationswunde war schon nach 11 Tagen geheilt, die dann begonnenen passiven Bewegungen waren aber so schmerzhaft, dass Patientin sich nach einigen Wochen dagegen sträubte. Es wurde deshalb ein Gipsverband angelegt, welcher im Ellenbogengelenk beweglich war, so dass dadurch der Arm allmählich in das Maximum der Beugung und Streckung gebracht werden konnte. Von da ab waren dann auch die passiven und aktiven Bewegungen möglich. Nach zwei Monaten konnte Patientin den Arm aktiv bis 20 Grad beugen und bis 150 Grad strecken, sowie eine Pro- und Supination in einer Exkursion von 100 Grad ausführen, so dass man fast keine Unbeholfenheit im Ellenbogengelenk mehr wahrnehmen konnte.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Tuberkulose des Ellenbogengelenkes, wobei die Gelenkenden soweit weggenommen werden müssen, als sie erkrankt sind. Hier ist nur die Frage, ob die typische Resektion oder nur die partielle, d. h. die Arthrektomie den Vorzug verdient. Bei Erwachsenen gab man bisher der Resektion den Vorzug, weil dabei weniger leicht kranke Stellen zurückgelassen wurden und die Funktion des Gelenkes bei der Arthrektomie auch nicht besser war; bei Kindern gab man dagegen der Arthrektomie den Vorzug, weil man dadurch die Wachsthums-Verkürzung zu verhüten glaubte, die man von der Resektion befürchtete. Bei der vorgestellten 31 jährigen Patientin wurde in ihrem dritten Lebensjahre eine typische Ellenbogenresektion gemacht, vom Humerus waren 22 mm, von der Ulna 29 mm und vom Radius 6 mm resezirt worden. Jetzt kann man bei herabhängenden Armen kaum eine Verkürzung des linken Armes wahrnehmen und die minimale Verkürzung beruht auch nur darauf, dass die Ulna sich nach oben über das untere Humerusende hinaufgeschoben hat, während die Messung beider humeri ergiebt, dass sie gleich lang sind, ein Resultat, wie es auch Ollier bei Resektionen an Kindern beobachtet hat.

Hieraus folgert Wolff, dass auch bei Kindern die Resektion den Vorzug vor der Arthrektomie verdiene. Auch die Funktionen des Ellenbogengelenkes sind bei der vorgestellten Patientin gute, Beugung und Streckung des Ellenbogengelenks erfolgen in normaler Exkursion mit voller Kraft, so dass sie vollständig arbeitsfähig ist.

Diskussion: Kocher stellt nach der Resektion das Ellenbogengelenk 8—14 Tage lang in Luxationsstellung. Dann hat sich auf der Sägefläche eine dünne Bindegewebsschicht gebildet, die nach Reposition der Gelenkenden die Bewegungen weniger schmerzhaft und leichter ausführbar gestaltet.

Stabel.

(Fortsetzung folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Herzleiden-Betriebsunfall. Grad der Erwerbsverminderung.

(Rek. Entsch. vom 30. April 1901).

Der Bergmann Wilheln L. will sich am 9. August 1899 bei seiner Betriebsarbeit auf Zeche Dahlbusch durch Verheben eine Verletzung, bestehend in Schmerzen in der Brust zugezogen haben. Den aus diesem Anlass erhobenen Rentenanspruch lehnte der Sektionsvorstand ab, weil nicht nachgewiesen sei, dass L. am genannten Tage beim Betriebe einen Betriebsunfall im Sinne des § 51 des Unf.-Vers.-Ges. erlitten habe. Bei dem Vorgange — Einheben eines entgleisten Wagens — handle es sich um die Verrichtung einer betriebsüblichen Arbeit. Es fehle ferner auch an dem Nachweise, dass der jetzige Krankheitszustand ursächlich mit dem Einheben des Wagens in Verbindung stehe. Auf die Berufung hin hat das Schiedsgericht eine Rente von 50 pCt. bewilligt, indem es für erwiesen annahm, dass die Krankheitserscheinungen des Klägers mit dem Unfalle in ursächlichem Zusammenhange ständen. Der von der Berufsgenossenschaft hiergegen erhobene Rekurs wurde unter Zuerkennung von 35 Mark aussergerichtlichen Kosten zurückgewiesen. Gründe:

Die Militärbehörde hat beauskunftet, dass der Kläger während seiner zweijährigen Dienstzeit gesund gewesen ist, er ist nur vorübergehend an zwei kleinen Körperbeschädigungen behandelt worden. Auch bei seiner langjährigen Arbeit in der Zeche Dahlbusch, in welcher er auch den Unfall hatte, nämlich vom 12. Oktober 1895 bis zum Unfall, welche Zeit nur durch seine Militärdienstzeit unterbrochen war, hat er nur zweimal, das erste Mal Anfang 1898 zwölf Tage, das zweite Mal Anfang 1899 elf Tage wegen Krankheit gefeiert. Erwägt man, dass die noch nicht lange zurückliegende Militärdienstzeit und die Arbeit im Bergwerk grosse körperliche Anstrengungen erforderten und eine körperliche Leistungsunfähigkeit schnell hätten hervortreten lassen müssen, so ergiebt sich der hinreichend zuverlässige Schluss, dass der Kläger bis zum 9. August 1899 gesund war.

An diesem Tage arbeitete der Kläger zusammen mit dem Hauer Joachim R. im Bergwerk, wo er Steine in die Förderwagen lud und bis zum Pferdewechsel fuhr. Nachdem er eine Zeit lang gearbeitet hatte, kam er zu R. und klagte ihm, dass er sich mit dem Steinwagen verhoben und dass er Schmerzen im Leibe habe. Er konnte während der Schicht nicht mehr recht arbeiten, R. hielt ihn für krank, am nächsten Tage kam er nicht mehr zur Arbeit. Die Thatsache, dass der Kläger bei dieser Arbeit sich durch Verheben körperlich beschädigt hat, kann nach diesem Sachverhalt als erwiesen gelten.

Es bleibt also nur noch zu untersuchen, ob die beim Kläger jetzt bestehenden Krankheitserscheinungen als Folge dieses Unfalls zu erachten sind.

Der Arzt Dr. L., welcher den Kläger im Krankenhaus zu Gelsenkirchen behandelte, stellte fest, dass bei der Aufnahme ins Krankenhaus leichte Dämpfung der rechten Lungenspitze und ein Herzklappenfehler vorhanden war, welche auf den Unfall nicht zurückgeführt werden können; der Arzt hält es aber für wohl möglich, dass die Insuffizienz des Herzmuskels auf den Unfall zurückzuführen sei, indem das schon erkrankte Herz durch die Ueberanstrengung zu akuter Erschöpfung gebracht worden sei. Dr. C., von welchem der Kläger zwei Befundscheine vom 7. März und 1. August 1900 eingerichtet hat, stellt geringe Dämpfung über den beiden Lungenspitzen mit Rasselgeräuschen, Verstärkung und Verbreiterung des Herzstosses und Schwachheit des Pulses fest. Er hält, da der Kläger Soldat gewesen und bis zum Unfall ohne Unterbrechung gearbeitet hat, die vorhandene Herzerkrankung und deren Folge, die Herzneuralgie, für eine Folge des Unfalls. Aus denselben Gründen bejahen die schiedsgerichtlichen Obergutachter Professor Dr. Sch. und Professor Dr. Schm. in B., dass die Krankheitszustände an Herz und Nieren des Klägers in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall stehen. Selbst die Aerzte Professor Dr. L. und Dr. St. in B., welche

den Zusammenhang verneinen, müssen zugeben, dass ein so schwächlicher Mann wie der Kläger so aussergewöhnlichen Anstrengungen, wie dem Heben eines beladenen Förderwagens, nicht gewachsen ist und durch eine solche Ueberanstrengung in seinem Wohlbefinden gestört werden kann.

Auf Grund dieser ärztlichen Gutachten, unter welchen insbesondere das der beiden vom Schiedsgericht gehörten Obergutachter von Bedeutung sein musste, konnte es keinem Bedenken unterliegen, entgegen den Gutachtern Professor Dr. L. und Dr. St. und in Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit anzunehmen.

Die Höhe der durch den Unfall bedingten Erwerbsunfähigkeit wird von den Professoren Dr. Sch und Dr. Schm. nach eingehender klinischer Beobachtung auf 50 pCt. angegeben, was gerechtfertigt erscheint. (Kompass.)

Verschlimmerung eines Lungenleidens durch Unfall.
Rek.-Entsch. vom 19. Januar 1901.

Karl H. bezog seit dem 1. Juli 1899 auf Grund eines Bescheides für eine am 1. Juni 1898 durch Betriebsunfall erlittene Quetschung der rechten Brustseite 20 Prozent Rente. Durch Bescheid vom 30. Oktober 1899 ist der Antrag des Verletzten auf Erhöhung dieser Rente abgewiesen worden, da nach dem Gutachten des Dr. Sch. vom 23. Oktober 1899 eine wesentliche Veränderung in den Unfallsfolgen nicht eingetreten sei. Ein bei ihm vorhandenes Lungenleiden, das im Wesentlichen die jetzigen Beschwerden veranlasse, aber schon vor dem Unfall bestanden habe und der Beeinflussung dieses Leidens durch den Unfall bereits bei Bemessung der Rente auf 20 Prozent Rechnung getragen sei. Im schiedsgerichtlichen Verfahren hat Dr. K. in dem von ihm erstatteten Obergutachten vom 28. Dezember 1899 erklärt, dass auch gegenwärtig derselbe Befund gegeben sei wie bei der letzten Untersuchung. Bei der Art des Leidens sei H. aber zur Winterzeit in höherem Grade als im Sommer in der Arbeitsgelegenheit beschränkt; im Freien könne H. jetzt überhaupt nicht arbeiten. Die hierdurch bedingte Einbusse an Erwerbsfähigkeit betrage 50 Prozent. Während das Schiedsgericht die Berufung abwies, entschied das Reichs-Versicherungsamt nach Einholung eines Gutachtens des Stabsarztes Dr. D. zu Gunsten des Klägers und machte unter Anderem geltend: dass schon vor dem Unfalle ein Lungenleiden und ein chronischer Bronchialkatarrh des Klägers bestanden habe, ist nach der vorliegenden Aeusserung der Sachverständigen ebensowenig zweifelhaft, wie die ungünstige Einwirkung des Unfalles, der in einer schweren Quetschung der rechten Brustseite bestand, auf dieses Leiden. Es unterliegt auch keinem Bedenken, dass seit der letzten, durch den Bescheid vom 15. Juli 1899 getroffenen Rentenfestsetzung eine wesentliche Verschlimmerung des Lungenleidens des Klägers eingetreten ist. Dr. D. erklärt in seinem erwähnten Gutachten eine solche Verschlimmerung für zweifellos und findet sie namentlich in dem weit stärkeren Hervortreten der Stauungserscheinungen in den Gefässen. Auch Dr. Sch. in B. verneint in dem Atteste vom 23. Oktober 1899 nicht die Verschlimmerung, sondern nur deren ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall und bestätigt ausdrücklich, dass Lungenblähungen von der Art der vorliegenden rasch zuzunehmen pflegen. Wenn Dr. K. in B. in der Bescheinigung vom 28. Dezember 1899 auch den äusseren Befund seit der am 6. August 1899 erfolgten Untersuchung im Wesentlichen für unverändert erklärt und den Grad der Erwerbsunfähigkeit des Klägers nur deshalb höher schätzt, weil er durch die ungünstigen Witterungsverhältnisse verhindert würde, im Freien zu arbeiten, so ergiebt auch das auf Rückfrage des Reichs-Versicherungsamts erstattete weitere Gutachten dieses Sachverständigen gewisse Merkmale einer in der Zeit zwischen dem 6. August und 28. Dezember 1899 eingetretenen Verschlimmerung. Denn hiernach sind am 6. August 22 und am 28. Dezember 25 Athemzüge in der Minute festgestellt worden und die Rasselgeräusche beim Athmen waren bei der zweiten Untersuchung weit stärker hörbar als früher. Hat aber das durch den Unfall verschlimmerte Lungenleiden des Klägers später eine abermalige Zunahme erfahren, so lässt es sich in Ermangelung ausreichender Anhaltspunkte nicht rechtfertigen, den ursächlichen Zusammenhang dieser weiteren Verschlimmerung mit dem Unfalle ganz oder theilweise zu verneinen. Das Rekursgericht hat es vielmehr für geboten erachtet, der Rentenbemessung das gesammte durch den Unfall verschlimmerte Lungenleiden des Klägers zu Grunde zu legen. Dieser Annahme stehen die früheren Rentenfeststellungen nicht entgegen. Zunächst erhielt der Kläger durch den Bescheid vom 15. November 1898 die Vollrente, die durch den Bescheid vom 28. November 1898 auf 30 Prozent der Vollrente herabgesetzt wurde mit der Begründung, dass er wieder zur Verrichtung nicht allzu schwerer Arbeiten im Stande sei. Aus dem, diesem Bescheide zu Grunde liegenden Atteste des Dr. Sch. in B. vom 23. November 1898 ergiebt sich kein genügender Anhalt dafür, dass in dem dort veranschlagten Grade der Erwerbsunfähigkeit nicht die Gesammtwirkung der Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit, sondern lediglich der Antheil, in welchem hierzu die Unfallfolgen beigetragen haben, ausgedrückt werden sollte. Das Gleiche gilt von der der letzten rechtskräftigen Rentenfeststellung zu Grunde liegenden Bescheinigung des Dr. Sch. vom 30. Mai 1899, wonach in Folge der Beseitigung der Dämpfung an der rechten Lungenseite nur noch eine „Einbusse" von 20 Prozent der Erwerbsfähigkeit bestand. Auch in dem Urtheile des Schiedsgerichts vom 14. September 1899 ist nicht zum Ausdruck gebracht, dass *nur ein* Theil der durch die Krankheit bedingten Erwerbsunfähigkeit entschädigt werden solle. Wird nun in Betracht gezogen, dass nach der vorliegenden Lohnnachweisung der Kläger während des letzten Jahres, vom Unfall zurückgerechnet, an 299 Arbeitstagen noch 897 Mark an Arbeitslohn verdient hat, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass erst durch den Unfall die Krankheit, wenn auch nicht zur Entstehung, so doch zu einem solchen Entwickelungsgrade gebracht worden ist, dass sie in wirthschaftlicher Beziehung sich in nennenswerthem Masse störend zu äussern begann. Es würde deshalb der Sachlage nicht entsprechen, übrigens auch thatsächlich unausführbar sein, bei der Rentenbemessung den Theil der Erwerbsunfähigkeit des Klägers auszusondern, der auch ohne Hinzutritt des Unfalls vorhanden gewesen wäre, zumal, da auch jede Grundlage für die Bestimmung des Zeitpunktes fehlt, in welchem bei normaler Entwickelung die Krankheit begonnen hätte, die Erwerbsfähigkeit des Klägers in messbarem Grade zu beeinträchtigen. Der Annahme des Dr. D., dass der Kläger jetzt nur noch zu ganz leichter Arbeit in sitzender Stellung fähig und deshalb um 75 Prozent in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt sei, hat das Rekursgericht sich angeschlossen. M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Entziehung des Prüfungszeugnisses einer Hebamme wegen Unzuverlässigkeit.
(Urtheil vom 21. Oktober 1900.)

In der Verwaltungsstreitsache der Hebamme J. W. zu S., Beklagten und Berufungsklägerin, wider die Polizeiverwaltung zu S., Klägerin und Berufungsbeklagte, hat das Königl. Oberverwaltungsgericht, Dritter Senat . . . . für Recht erkannt,

dass auf die Berufung der Beklagten die Entscheidung des Bezirksausschusses zu M. vom 19. April 1900 zu bestätigen . . .

Gründe:

Der Bezirksausschuss zu M. hat der Beklagten auf die von der Klägerin erhobene Klage das ihr am 26. Mai 1882 ertheilte Prüfungszeugniss als Hebamme entzogen, weil sie nicht mehr diejenige Zuverlässigkeit besitze, die bei Ertheilung des Prüfungszeugnisses vorausgesetzt werden musste (§§ 53 und 30 Abs. 3 der Reichsgewerbeordnung, § 120 des Zuständigkeitsgesetzes vom 1. August 1883).

Die gegen diese Entscheidung von der Beklagten rechtzeitig erhobene Berufung ist nicht begründet.

Nach § 53 der Reichsgewerbeordnung kann das Hebammen-Prüfungszeugniss zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen der Hebamme der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung des Prüfungszeugnisses nach der Vorschrift dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt. In Betracht kommen, wie der Gerichtshof in gleichmässiger Rechtsprechung angenommen hat, auch die landesrechtlichen Vorschriften, welche durch die Gewerbeordnung aufrechterhalten oder zugelassen worden sind (vgl. Entsch. des Oberverwaltungsgerichts Bd. XI S. 302). Dazu gehört für Preussen die Allg. Verfügung des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, betreffend das Hebammenwesen, vom 6. August 1883 (Preuss. Hebammen-Lehrbuch S. 274).

Diese bestimmt im § 3 Abs. 4:

„In allen Fällen werden nur solche Personen als Schülerinnen aufgenommen, welche

1. für den Hebammenberuf körperlich und geistig wohl befähigt, insbesondere auch des Lesens und Schreibens kundig sind,
2. die erforderliche Zuverlässigkeit in Bezug auf denselben besitzen, unbescholtenen Rufes sind und insbesondere nicht ausserehelich geboren haben".

In Uebereinstimmung mit dem Bezirksausschusse erachtet sich aber der Gerichtshof auf Grund des Verhaltens der Beklagten bei der Entbindung der Ehefrau P. und ferner bei derjenigen der Ehefrau G. davon überzeugt, dass sie die erforderliche Zuverlässigkeit in Bezug auf den Hebammenberuf nicht mehr besitzt.

I. Was das Verhalten der Beklagten am 12. und 13. Januar 1899 bei der versuchten Entbindung der Ehefrau P., deren Tod noch vor beendigter Entbindung eintrat, angeht, so haben der Kreisphysikus Dr. M. und der Kreiswundarzt Dr. R. die Ausführungen ihres im Strafprozesse gegen die jetzige Beklagte wegen fahrlässiger Tödtung erstatteten . . . . . . Gutachtens vom 11. April 1899 am Schluss desselben, wie folgt, zusammengefasst: „Frau P. ist in Folge eines Gebärmutterrisses unter der Geburt an Verblutung gestorben; der Tod der Mutter zog denjenigen des ungeborenen Kindes nach sich. Der Gebärmutterriss war die Folge einer verschleppten Querlage des Kindes. Die Querlage hätte durch rechtzeitige sachgemässe Kunsthilfe geändert und so möglicherweise das Leben des Kindes, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Leben der Mutter erhalten werden können. Die Kunsthilfe konnte rechtzeitig nur eingreifen, wenn die zugezogene Hebamme die Querlage erkannte; dass sie dies nicht that, ist nur durch unverantwortliche Leichtfertigkeit ihrer Untersuchungen zu erklären, es ist unter keinen Umständen entschuldbar. Es ist demnach der Tod der P. und ihres Kindes der fahrlässigen Handlungsweise der Hebamme W. zur Last zu legen. Ihre selbstverschuldete Fahrlässigkeit wurde dadurch, dass sie die Angehörigen trotz ihres Drängens verhinderte, den Arzt zu holen, und durch die verbotene Verabreichung der Wehenpulver fast zur bewussten Schuld.

Es kann nun dahingestellt bleiben, ob die Beklagte nothwendig die auch nach der Feststellung der Strafkammer unzweifelhaft vorhandene Querlage des Kindes erkennen musste, wie die beiden Sachverständigen begutachten, oder ob sie sich darüber, wie die Strafkammer in dem freisprechenden Erkenntniss angenommen hat, in entschuldbarem Irrthum befinden konnte und thatsächlich befunden hat. Denn auch wenn letzteres zu Gunsten der Beklagten als zutreffend erachtet wird, so belastet sie doch überaus schwer, dass sie nach ihrem eigenen Zugeständniss zu dem von ihr unterschriebenen Protokolle des Königl. Amtsgerichts zu S. vom 3. Februar 1899, als die von Schmerzen gepeinigte Frau P. wenige Stunden vor ihrem Tode nach dem Arzte verlangte, ihr davon abgeredet hat, und ferner, dass sie zu dem Arzte Dr. von Pr. mit dem Ersuchen um Verordnung von Wehenpulver nicht nur ohne ihn von der Sachlage genügend in Kenntniss zu setzen, sondern im Gegentheil mit der unzutreffenden Erklärung, dass sonst alles in Ordnung sei, gesandt und alsdann die von diesem ohne zuvorige Aufsuchung und Untersuchung der Frau P. auf die blosse Angabe der Hebamme hin verordneten Wehenpulver dieser eingegeben hat, obwohl der § 267 des Hebammen-Lehrbuchs die ausdrückliche Bestimmung enthält:

„Niemals unterfange sich auch die Hebamme, einer Kreissenden Wehenpulver zu verabreichen."

Ob das vorbezeichnete Verhalten der Beklagten in ursächlichem Zusammenhange mit dem Tode der Frau P. gestanden hat, worauf es in dem Strafverfahren ausschliesslich ankam, kann hier ganz dahingestellt bleiben. Als ein grober Mangel von Zuverlässigkeit einer Hebamme aber muss es bezeichnet werden, wenn sie bei einer ersichtlich nicht normal vor sich gehenden Entbindung wie hier, nicht nur dem Drängen der Gebärenden auf Herbeirufung eines Arztes Widerstand entgegensetzt, sondern überdies in den anomalen Entbindungsvorgang durch Wehenpulver einzugreifen unternimmt, deren Verschreibung durch einen abwesenden Arzt sie durch unrichtige Darstellung der Sachlage herbeigeführt hat.

II. Ausser dem pflichtwidrigen Verhalten der Beklagten in dem vorstehenden Falle liegt gegen sie vor, dass sie . . . bei der Erkrankung und dem am 6. September 1898 erfolgten Tode der von ihr am 31. August 1898 entbundenen Ehefrau G. wegen Kindbettfiebers jede Anzeige an den Kreisphysikus unterlassen hat, obwohl diese in § 5 Nr. 5 der im Anhange zum Hebammen-Lehrbuche abgedruckten Allg. Verfügung, betr. das Hebammenwesen, vom 6. August 1883 und ferner im § 15 der Anweisung vom 22. November 1888 (Ministerialbl. für die innere Verwaltung S. 207) ausdrücklich angeordnet ist. Ihre Entschuldigung, sie habe geglaubt, dass dies seitens des zugezogenen Arztes von Pr. geschehen werde, vermag sie nicht zu entlasten, da die Anzeige den Hebammen durch § 5 Nr. 5 a. a. O. im öffentlichen Interesse zur Vermeidung von Ansteckungen ausnahmslos selbst zur Pflicht gemacht ist.

Die vorstehenden Verfehlungen der Beklagten sind so schwerwiegender Art und sprechen in so hohem Masse gegen ihre Zuverlässigkeit, dass sie die Zurücknahme des Prüfungszeugnisses geboten erscheinen lassen . . . .

(Mitth. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Schlockow-Roth-Leppmann, Der Kreisarzt. 5. Aufl. Bd. I. Medizinal- und Sanitätswesen. Berlin, R. Schoetz. 1901.

Der erste Band der 5. Auflage des bekannten Werkes, dessen zweiten Band wir bereits an dieser Stelle besprochen haben, ist diesmal verspätet erschienen. Für die längere Wartezeit werden seine Leser aber ausgiebig entschädigt durch

den in ungewöhnlichem Masse gewachsenen Reichthum seines Inhalts. Es liegt in der Natur der Sache, dass es im Wesentlichen die durch die Medizinalreform, das Kreisarztgesetz, die Dienstanweisung für die Kreisärzte und die übrigen ergänzenden Gesetze und Bestimmungen getroffenen Aenderungen in der Organisation des Medizinalwesens in Preussen sind, denen diese Erweiterung zuzuschreiben ist. Aber auch in den mehr materiellen Abschnitten des Buches finden sich überall Vervollständigungen und Ergänzungen, den Fortschritten der hygienischen Wissenschaft und Praxis entsprechend. Wir erwähnen hier nur speziell die Abschnitte über Gesundheitsschutz der Kinder, über Nahrungsmittel, über Infektionskrankheiten, über Wohnungshygiene; für Wasser und Wasserversorgung (Badeanstalten, Heilquellen) ist ein neuer Abschnitt eingestellt worden; derjenige über Gewerbehygiene, bekanntlich das eigenste Arbeitsgebiet des verdienten Herausgebers, hat eine vollständige Umarbeitung erfahren.

Wenn somit der Umfang des „Schlockow I" um fast $^2/_3$ gestiegen ist und man den alten Freund in seiner neuen stattlichen Erscheinung zunächst nicht wiedererkennt, so ist doch nicht daran zu zweifeln, dass er die sympathische Aufnahme, die ihm schon früher geworden ist, jetzt in noch erhöhtem Masse verdient und finden wird. Fr. Strassmann.

Meyer, F. Andreas, die städtische Verbrennungsanstalt für Abfallstoffe am Bullerdeich in Hamburg. Zweite nach einem fünfjährigen Betriebe der Anstalt völlig neu bearbeitete Auflage. Mit 13 Tafeln. Braunschweig, Druck und Verlag von Friedrich Vieweg & Sohn. 1901. Preis: geh. 3 Mark.

Am 1. Januar 1901 waren fünf Jahre verflossen, seit die Hamburger Müllverbrennungsanstalt in Betrieb genommen wurde, ein Zeitraum, der ausreichend ist, um auf Grund der inzwischen gemachten Erfahrungen den Werth der Anlage sicher beurtheilen zu können.

Dem Erbauer der Anlage, dem leider zu früh verstorbenen Oberingenieur F. Andreas Meyer, war es noch vergönnt gewesen, über sein Werk nach Ablauf dieser Frist berichten zu können. Aus der übersichtlichen und lehrreichen Darstellung des Baues und des Betriebes der Anstalt ergiebt sich, dass die Anlage in ihrer jetzigen Gestalt für die Hamburger Verhältnisse sich durchaus bewährt hat und eine hygienisch einwandfreie Vernichtung des Hausmülles gewährleistet.

Gleichwohl erachtet der Verfasser mit Recht den hier eingeschlagenen Weg nicht für den einzig gangbaren. Andere Kommunen werden vielleicht auf einem anderen Wege zum Ziel zu kommen suchen, besonders dann, wenn die Beseitigung der ca. 40 Prozent betragenden Rückstände, trotz der grossen Zahl der Verwendungsmöglichkeiten, Schwierigkeiten begegnet, was in Hamburg nicht der Fall zu sein scheint.

Von besonderer und ausschlaggebender Bedeutung wird in dieser Hinsicht der Kostenpunkt bleiben, und dieser hat sich in Hamburg bis zum Jahre 1900 noch höher gestellt, als bei landwirthschaftlicher Verwendung.

Die der Arbeit beigefügten Tafeln, enthaltend Lage- und Baupläne, Lichtbilder und graphische Darstellungen werden zum Verständniss des interessanten und lehrreichen Berichtes wesentlich beitragen. Roth-Potsdam.

Pfeiffer, A. Siebzehnter Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Hygiene. Begründet von weiland Professor J. Uffelmann. Jahrgang 1899. Supplement zur deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. XXXII. Braunschweig. Druck und Verlag von Friedrich Vieweg und Sohn 1901. Preis: geheftet 11 M.

Ein grösserer Wechsel in der Zahl der bisherigen Mitarbeiter machte es dem Herausgeber unmöglich, den Jahresbericht für 1899 so frühzeitig herzustellen, wie ursprünglich in Aussicht genommen. Speziell machte sich für das Gebiet der Bauhygiene die Heranziehung weiterer Mitarbeiter nothwendig: Stadtbaurath Höpfner in Kassel, Genzmer in Halle und Professor Nussbaum in Hannover haben sich mit Stadtbaurath Brix in diese Arbeit getheilt. Die Bearbeitung des Kapitels „Licht und Luft" übernahm an Stelle des Letztgenannten Dr. P. Müller, Assistent am hygienischen Institut in Graz. Ferner trat an die Stelle des Reg. Med.-Raths Dr. Springfeld Dr. Grünhut, Dozent am Fresenius'schen Laboratorium in Wiesbaden. Als neue Kapitel sind hinzugekommen die Kapitel „Schiffshygiene," bearbeitet von Marine-Oberstabsarzt Dr. Davids in Kiel und „Arbeiterwohnungen" von Professor Dr. Albrecht-Lichterfelde.

Trotz dieser Aenderungen hat der mit jedem Jahr an Umfang zunehmende Stoff in dem vorliegenden XVII. Jahresbericht eine ebenso sorgfältige Sichtung und Bearbeitung erfahren, wie in den früheren Jahresberichten.

Die Eintheilung ist im Wesentlichen dieselbe geblieben, die Berichterstattung ausreichend erschöpfend, doch hat der Umfang gegen den vorangegangenen Jahresbericht um 100 Seiten zugenommen. Jedenfalls wird eine weitere Zunahme so viel als möglich zu vermeiden sein.

Wie die vorangegangenen wird auch der vorliegende Jahresbericht auf dem immer weiter sich ausdehnenden Gebiet der Hygieneliteratur sich als willkommener und sicherer Führer und als unentbehrliches Orientirungswerk für den Hygieniker erweisen. Roth-Potsdam.

R. Behla: Die Carcinomliteratur. Eine Zusammenstellung der in- und ausländischen Krebsschriften *bis 1900* mit alphabetischem Autoren- und Sachregister. *Berlin 1901.* Verlag von Richard Schoetz.

Die vorliegende, dem „Komité für Krebsforschung in Berlin" gewidmete Zusammenstellung der Literatur über Carcinom wird demjenigen, der über irgend eine hierauf bezügliche Frage arbeitet, willkommen sein. Die Anordnung des etwa 5500 Publikationen umfassenden Materials ist alphabetisch nach dem Namen der Autoren. Ausserdem findet sich ein ausführliches Sachregister, in welchem die hauptsächlichsten in Betracht kommenden Punkte (Aetiologie, pathologische Anatomie, Stoffwechsel u. s. w.) hervorgehoben sind. Schliesslich findet sich auch ein Register, in dem das Material nach dem Sitz des Carcinoms geordnet ist. Als Einleitung giebt Behla eine Uebersicht über die Anschauungen „einst und jetzt" in der Carcinomfrage, wobei er zuletzt besonders auf die von ihm schon in zahlreichen Arbeiten vertretenen Gesichtspunkte eingeht. R. Stern.

Tagesgeschichte.

Die Pflichten des Schularztes.

Aus Leipzig melden die Tageszeitungen folgenden Vorgang: Ein Schüler, der Sohn eines Bahnbeamten, bricht im Schulhof den Oberschenkel. Darauf wird der Schularzt geholt; dieser veranlasst zunächst eine Anfrage bei den Eltern des Knaben, ob sie geneigt und im Stande sind, die Kosten der Behandlung zu tragen. Als dies verneint wird, lehnt er die Hilfeleistung ab. Der Vorfall erregt allgemeines Befremden, und die Stadtverordnetenversammlung beschliesst einstimmig, den Rath zu ersuchen, dass in die Dienstordnung für Schulärzte die Verpflichtung zur Hilfeleistung bei plötzlichen Unglücksfällen unabhängig von der Frage der Kostenerstattung aufgenommen werden möge.

Wenn der Vorfall auf dem Leipziger Schulhofe unter den davon in Kenntniss gesetzten Laien Befremden erregt hat, so kann der Beschluss der Leipziger Stadtverordnetenversammlung — vorausgesetzt immer, dass die Blättermeldung richtig ist — nicht verfehlen, unter den Aerzten und allen denen, die die Entwicklung der Schularztfrage kennen, ein gleiches Befremden wachzurufen.

Ueberall, wo Schulärzte angestellt worden sind, hat man eindringlich betont, dass es nicht ihres Amtes sein soll, die Schulkinder zu behandeln, dass sie lediglich Diener der Schulhygiene sein sollten.

Der Lehrer oder Rektor, der in einem Falle, wie dem vorliegenden, entscheiden soll, was mit dem Verunglückten geschehen soll, ist ja freilich in einer prekären Lage. Wo Rettungs- oder Sanitätswachen bestehen, wendet er sich natürlich an eine solche. Wenn es aber, wie wir annehmen, derartige Institute in Leipzig nicht oder nicht in genügender Zahl giebt, so kann der Lehrer im Zweifel sein, was er zu thun hat, insbesondere, ob er berechtigt ist, einen beliebigen Arzt, der vielleicht den Eltern nicht genehm ist, herbei zu rufen.

Unseres Erachtens müssten die Lehrer für diese Fälle eine genaue Instruktion erhalten. Diese müsste etwa dahin gehen: Bei anscheinender Lebensgefahr ist der erste beste Arzt zu rufen. Bei leichten Erkrankungen ist es wohl allgemein üblich, die Kinder einfach nach Hause zu schicken. Dasselbe kann und soll aber auch bei leichten Verletzungen geschehen, nachdem ein Nothverband angelegt ist, für den jede Schule das nothwendige Material und jeder Lehrer die Fähigkeit haben sollte. Kommt ausnahmsweise mal eine Verletzung vor, die, offenbar ohne das Leben zu gefährden, den Transport sehr erschwert — z. B. eben ein Oberschenkelbruch —, so wird häufig das Schulkind selbst in der Lage sein, den Haus- oder Kassenarzt seiner Familie zu nennen; andernfalls müsste eben auch der am raschesten zu erlangende Arzt geholt werden. Fügt es ein Zufall, dass dies gerade der Schularzt ist, so muss der Lehrer sich und eventuell den Angehörigen des Kindes klar machen, dass der Schularzt nicht in seiner amtlichen Eigenschaft, sondern als Privatarzt zugezogen wird.

Freilich, viel bequemer ist es ja, dem Schularzt die Verpflichtung zu solchen Hilfeleistungen, die ganz ausserhalb des Rahmens seiner sonstigen amtlichen Thätigkeit liegen, aufzulegen. Voraussichtlich werden aber weder die Schulärzte, noch die Privatärzte mit dieser Schiebung einverstanden sein. Andererseits ist auch den Verunglückten selbst wenig mit jener Massregel gedient, denn während der üblichen Schulstunden, insbesondere zwischen 9 und 3, wird der Schularzt nur ausnahmsweise leicht zu finden sein, und es kann, wenn er eine umfangreiche Praxis betreibt, recht lange dauern, bis er zur Stelle ist.

Um noch einmal zu dem Leipziger Falle zurückzukehren: Der betreffende Kollege hatte nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, in irgend welcher Weise zum Ausdruck zu bringen, dass er nicht in, sondern allenfalls ausnahmsweise trotz seiner Eigenschaft als Schularzt die erste Hilfe leisten würde. Ob die Form, die er dafür gewählt hat, die zweckmässigste war — das gehört nicht hierher.

Wir geben zu, dass der Vorgang ein Eingreifen der Behörde rechtfertigt, aber dieses Eingreifen hätte in einer Aufklärung des Publikums über das Wesen des Schularztes und in einer genauen Instruktion an die Lehrer für den Fall von Unglücksfällen in der Schule zu bestehen. Den Pflichten des Schularztes ein neues und vollkommen heterogenes Moment einzufügen, liegt gar keine Veranlassung vor.

Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes.

Ob dem Reichstage in seiner nächsten Arbeitsperiode, die so viel wie möglich frei für die eine Hauptaufgabe, den Zolltarif, gelassen werden soll, auch die Revision des Krankenversicherungs-Gesetzes zugehen werde, erscheint einigermassen zweifelhaft. Die Vorarbeiten für diesen Gesetzentwurf sind zwar nach Möglichkeit gefördert worden, doch ist ein Theil der Einzelstaaten mit den Erhebungen noch nicht so weit fortgeschritten, dass sich darauf schon jetzt eine einigermassen sichere Urtheilsbildung gründen liesse. Jedenfalls dürfte sich die Revision der Krankenversicherung nicht unter den Vorlagen befinden, die dem Reichstage alsbald nach seinem Zusammentritt zugehen werden. Sollte sich die Session in die Länge ziehen, was von vornherein nicht anzunehmen ist, so wäre es immerhin möglich, dass die Krankenversicherung noch zur Vorlegung käme. Wahrscheinlich ist es, wie gesagt, einstweilen nicht. (Dtsch. Arbeiter-Ztg.)

Unfallverhütung für den Eisenbahndienst in England.

Nachdem 1899 mit Rücksicht auf die verhältnissmässig hohe Zahl der den Eisenbahnbediensteten und Eisenbahnarbeitern zustossenden Unfälle eine Königl. Kommission zur Erwägung geeigneter Gegenmassregeln eingesetzt war, und nachdem dieselbe zu entsprechenden Ergebnissen gelangt ist, ist nunmehr ein, die Beschlüsse der Kommission eher erweiterndes als einschränkendes Gesetz (Railway Employment [Prevention of Accidents] Act) in Kraft getreten. Durch dasselbe werden, wie die Zeitschrift Conkordia mittheilt, folgende Bestimmungen getroffen:

Wie von der Kommission als das Zweckmässigste bezeichnet wurde, ist das „Board of Trade“ (Verkehrsausschuss) mit der erforderlichen Aufsichts- und Anordnungsbefugniss betraut worden. Zunächst wird das Board of Trade ermächtigt, bezüglich gewisser Gegenstände, welche das Gesetz in einer Liste ausdrücklich bezeichnet, allgemeine zwingende Anordnungen behufs der Beseitigung oder Verminderung der Gefahren und Unfallmöglichkeiten im Eisenbahnbetriebe zu treffen; in gleicher Weise soll das Board of Trade aber auch vorgehen dürfen bezüglich anderer nicht in der Liste aufgeführter Gegenstände, wenn es die Ueberzeugung gewonnen hat, dass durch dieselbe eine an sich vermeidbare Gefahr begründet ist, und es ferner nach entsprechender Verhandlung mit den Eisenbahngesellschaften einen gangbaren Weg, um Gefahr- oder Unfallmöglichkeit auszuschliessen oder zu vermindern, ermittelt hat. Die in der Liste bezeichneten Gegenstände decken sich in der Hauptsache mit den von der Kommission gemachten speziellen Abhilfsvorschlägen, nur ist eine Verallgemeinerung, die den Einfluss des Board of Trade noch erhöhen muss, vorgenommen; als einzelne Gegenstände sind in der Liste herausgegriffen: Bremshebel an beiden Seiten der Wagen; Etikettirung der Wagen (behufs Angabe des Bestimmungsortes); das Bewegen der Wagen mit Zugseilen und das Abstützen derselben; Dampf- oder sonstige Kraftbremsen an den Maschinen; Beleuchtung der Stationsanlagen und der Ausweichplätze, an denen auch nach Eintritt der Dunkelheit noch Rangirbewegungen vorzunehmen sind; Sicherung der Weichenketten, der Weichenhebel und der Drähte für die Signalapparate; Lage der Diensträume, Wärterhäuser u. s. w. in der Nähe der Gleislinien; Bezeichnung gefährlicher Stellen; Konstruktion und Sicherung der Wasserstandsröhren; Unterbringung der Werkzeugbehälter an den Maschinen; Verkehr von Wagen ohne Bremsvorrichtung auf den Linien über die Grenzen der Stationen hinaus; Sicherheitsvorkehrungen am Oberbau, solange daran Menschen arbeiten. In den von ihm zu erlassenden allgemeinen Vorschriften und Anordnungen kann das Board of

Trade ebenso wohl die Einführung und Anwendung von Einrichtungen, welche die Gefahr vermindern, vorschreiben, wie auch den ferneren Gebrauch von Einrichtungen u. s. w., welche sich als gefahrvoll erwiesen haben, verbieten. Um aber zu verhindern, dass das Board of Trade diese an sich sehr weitgehenden Befugnisse in einer einseitigen Weise und eventuell unter einer unnöthigen Belästigung des freien Verkehrs ausübe, sind in dem Gesetz noch besondere Vorschriften für das Verfahren bei Erlass der Vorschriften und für einen etwaigen Rekurs seitens der Betheiligten gegen dieselben gegeben; es soll öffentliche Bekanntgabe vor dem wirklichen Inkrafttreten, Prüfung von Einwendungen, Anhörung der Railway Commissioners in geeigneten Fällen erfolgen; von einer Darstellung des Verfahrens in allen seinen Einzelheiten müssen wir absehen, da uns solches hier zu weit führen würde. Auch noch gegen die bereits erlassenen Vorschriften, sofern sie länger als drei Monate in Kraft waren, können die Betheiligten bei dem Board of Trade schriftliche Vorstellung erheben, um eine Aufhebung oder Abänderung derselben zu bewirken, und wenn das Board of Trade auf diese Vorstellung einen abschlägigen Bescheid erlässt, so kann die Sache noch an die Railway Commissioners gebracht werden. Das Gesetz giebt dem Board of Trade sodann auch die Berechtigung, die Eisenbahnanlagen jedweder Art betreten und besichtigen zu lassen, um festzustellen, ob irgend eine Veranlassung zu einem Vorgehen auf Grund des Gesetzes vorliegt und ob irgend ein Verstoss gegen die erlassenen Vorschriften begangen ist. Auch ist bestimmt, dass von den Betriebsverwaltungen alle Unfälle auf den Linien und Stationen zur Anzeige zu bringen sind, auch wenn die Strecke, auf welcher sich der Unfall ereignete, nicht im Eigenthum der betreibenden Gesellschaft steht. Die Eisenbahngesellschaften sollen besondere Fonds auswerfen, um alle diejenigen Einrichtungen treffen und Beschaffungen machen zu können, welche nach Massgabe des Gesetzes vom Board of Trade für nothwendig erachtet werden. Das Board of Trade soll in Berücksichtigung der ihm durch das Gesetz neu übertragenen umfangreichen und besonders gearteten Funktionen weiter mit den erforderlichen Beamtenkräften ausgerüstet werden, in gleicher Weise, wie ihm auch die nothwendigen Geldmittel zur Verfügung gestellt werden, um auf dem betreffenden Gebiete praktische Versuche anstellen lassen zu können.

Ueber die Hygiene in den Eisenbahnen

hat der französische Minister der öffentlichen Arbeiten eine Vorschrift erlassen, die den Verwaltungen der Eisenbahngesellschaften viel Kopfzerbrechens bereiten wird, da darin eigentlich eine fast völlige Umwandlung der Eisenbahnwagen verlangt wird. Es heisst in dem Erlass, dass Tausende von Eisenbahnbeamten in den Bahnhöfen dem schädlichen Staub und dadurch unaufhörlichen Krankheitsgefahren ausgesetzt seien, die durch genügende Sorgfalt verhindert werden könnten. Es wird daher alles trockene Fegen und Abstauben durchaus untersagt, weil dadurch Krankheit erregende Keime in alle Ecken der Eisenbahnwagen und bis auf die Bahnsteige ausgestreut werden. Zur Reinigung sollen nur feuchte, in keimtötende Lösungen getauchte Lappen benutzt werden. Zu diesem Zweck muss die ganze Einrichtung der Eisenbahnwagen abgeändert werden. Die Fussböden sollen eine Deckung mit Linoleum erhalten, die täglich abgewaschen werden können. Als Teppiche sollen nur solche aus glattem Kautschukstoff verwandt werden, Kissen dürfen keine Vertiefungen oder Falten enthalten und müssen mit undurchlässigen Stoffen überzogen sein, die eine gründliche Reinigung gestatten. Auch auf den Bahnhöfen darf kein trockenes Kehren stattfinden. Die Fussböden der Bahnsteige und der Wartesäle sind täglich abzuwaschen, das Ausspucken ist überall zu verbieten. Der Minister will den Gesellschaften für diese Aenderungen natürlich Zeit lassen, verlangt aber die sofortige Beseitigung aller Teppiche, ausser solchen aus Linoleum oder Kautschuk, ferner die Abschaffung von trockenem Auskehren, und die Ausstattung aller Rückenlehnen und Kissen mit Stoffüberzügen, die häufig abgenommen, gewaschen und desinfizirt werden können. (Die Irrenpflege.)

Giftige Haarfärbemittel.

Das bayerische Staatsministerium des Innern warnt, laut Mittheilung der Münch. Med. W., vor dem Ankauf und Gebrauch des Haarfärbmittels „Teinture africaine“, welches Paraphenylendiamin enthält und von stark giftiger Wirkung ist. In letzter Zeit sind wiederholt Erkrankungsfälle mit Vergiftungserscheinungen in Folge Benutzung dieses Mittels vorgekommen. Die Benennung des Mittels wechselt sehr, daher ist grösste Vorsicht beim Bezug von Haarfärbmitteln überhaupt angezeigt.

Tollwuthstatistik in Frankreich.

Nach der Revue hebdomadaire umfasst die Statistik 1420 Gebissene, wobei allerdings nicht zum Ausdruck kommt, wieviel von notorisch wuthkranken und wieviel von nur verdächtigen Hunden verletzt worden waren. Das Seine-Departement allein ist an per obigen Zahl mit 637 und das Seine-et-Oise-Departement mit 124 Fällen betheiligt. Viel geringere Zahlen liefern die nächstdem am stärksten heimgesuchten südlichen Bezirke um die Garonne (32—47). Am wenigsten scheint der Norden Antheil an der Verbreitung der Tollwuth zu haben.

Das Institut Pasteur behandelt ausser den in Frankreich Erkrankten auch zahlreiche im Auslande Verletzte. Beispielsweise hat es i. J. 1900 aus England 14 und aus dem englischen Indien 56 Kranke aufgenommen.

II. Internationaler Kongress der Lebensversicherungsärzte in Amsterdam.

Das Programm des Kongresses ist, wie die Wiener med. Presse mittheilt, vorläufig folgendermassen in Aussicht genommen:

Stokvis (Amsterdam): Ueber Albuminurie vom Standpunkte der Lebensversicherung.

Siredey (Paris): Ueber die Versicherbarkeit von Glykosurikern.

Poëls (Brüssel): Zur Versicherung minderwerthiger Leben.

Burger (Amsterdam): Ohrenerkrankungen und Lebensversicherung.

Florschütz (Gotha): Ueber Auslese unter den Versicherten, besonders in Bezug auf Tuberkulose.

Salomonsen (Kopenhagen): Syphilis und Lebensversicherung.

Grosse (Leipzig): Anomalieen und Krankheiten der Haut vom Standpunkte der Lebensversicherung.

Crocq (Brüssel): Die Wichtigkeit der Untersuchung der Reflexe für die Lebensversicherung.

Wertheim-Salomonson (Amsterdam): Tremor vom Standpunkte der Lebensversicherung.

Mahillon (Brüssel): Das Weib vom Standpunkte der Lebensversicherung.

Van der Burg (Laag-Soeren): Ueber die Annehmbarkeit von Personen, die sich längere Zeit in den Tropen aufgehalten haben.

Weill-Mautou (Paris): Appendicitis vom Standpunkte der Lebensversicherung.

Coert (Haag): Augenkrankheiten und Lebensversicherung.

De Lantsheere (Brüssel): Brüche vom Standpunkte der Unfallversicherung.

Fernandes und Poëls (Brüssel): Infektion nach Operationen und Sektionen vom Standpunkte der Unfallversicherung.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Dieselbe ist zu beziehen durch jedes deutsche Postamt zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker, Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.
Dr. A. Leppmann, Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.
Dr. F. Leppmann, prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. — № 17. — Ausgegeben am 1. September.

Inhalt:

Die Leuchtgasvergiftung als Betriebsunfall.

Von
Medizinalrath Dr. **Leppmann**.

Bereits im Jahre 1899*) habe ich einen Fall veröffentlicht, wo eine Leuchtgasvergiftung Ursache eines tödtlich endigenden Betriebsunfalls wurde.

Damals handelte es sich um den besonderen Fall, dass bei einem 57 Jahre alten Arbeiter das starke Einschlucken von Gas, an welches sich unmittelbar reine Vergiftungserscheinungen wie Benommenheit und Schwindel angeschlossen hatten, Ursache zur Berstung eines Gefässes im Gehirn, also zu einem Hirnschlagfluss wurde, welcher im weiteren Verlauf tödtlich endete.

Der Fall wurde mir aus Anlass einer Begutachtung bekannt, welche ich im Auftrage der Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke ausführte.

Wiederum ist es ein Auftrag jener Berufsgenossenschaft, welcher mir die Beziehung der Leuchtgasvergiftung zum Betriebsunfalle von einer anderen nicht weniger interessanten Seite zeigt.

*) Aerztl. Sachv.-Ztg. 1899. S. 232.

Es handelt sich um die Schätzung der Folgen einer nicht tödtlich endenden Vergiftung.

Der Fall bietet schon dadurch ein Interesse, dass er in versicherungstechnischer Beziehung ein Unicum ist: Es ist das erste Mal, dass an die Berufsgenossenschaft Entschädigungsansprüche gestellt werden nicht wegen Tödtung, sondern nur wegen angeblicher Erwerbsminderung in Folge Einathmens von Leuchtgas im Betriebe.

Dass die nervösen Störungen, welche ich in dem nachfolgenden Gutachten schildern will, namentlich bei der charakteristischen Art des Eintritts unmittelbar nach dem Einschlucken von Gas, unter Erbrechen, Schwindel und Beklemmung, klinisch auf Leuchtgasvergiftung zurückzuführen sind, bedarf nach dem, was wir von der Nachwirkung derartiger gasiger Gifte wissen, keines besonderen Beweises.

Deshalb war ich überrascht, als ich seitens des Herrn Geschäftsführers der Berufsgenossenschaft, welchem ich für sein freundliches Entgegenkommen dankbar bin, erfuhr, dass dieser Fall der erste und einzige sei, wo wegen derartiger Vergiftungsfolgen am Lebenden Entschädigungsansprüche gestellt wurden. Ich legte mir die Frage vor, ob hier nicht, wenn ich einen ehemals im Gesetz festgelegten Ausdruck gebrauchen

soll, eine „besondere Leibesbeschaffenheit“ Mitursache der Art der Giftwirkung war.

Aus diesem Gesichtspunkte heraus war es mir interessant, die Art und den Umfang derjenigen durch Leuchtgas verursachten entschädigungspflichtigen Unfälle der Gas- und Wasser-Berufsgenossenschaft kennen zu lernen, welche tödtlich endigten.

Es ergab sich bei Sichtung derselben die nicht minder interessante Thatsache, welche übrigens mit statistischen Feststellungen aus der Zeit vor der Unfallgesetzgebung übereinstimmt,*) dass trotz der grossen Ausdehnung der Gasindustrie, und trotzdem die Gas- und Wasser-Berufsgenossenschaft ihre Wirksamkeit über ganz Deutschland erstreckt, seit Bestehen des Unfallversicherungsgesetzes nur neun entschädigungspflichtige Unfälle vorgekommen sind, bei denen die begründete Möglichkeit einer Leuchtgasvergiftung vorlag.

Dabei ist die Berufsgenossenschaft in der Schätzung der Möglichkeit in wohlwollender und weitgehender Weise verfahren.

Die Durchsicht der Akten jener Unfälle hat mir eine Reihe interessanter Einzelheiten ergeben, deren Zusammenstellung grade für die Sachverständigenthätigkeit von erheblichem Interesse zu sein scheint und die von mir die bereits an anderer Stelle ausgesprochene Vermuthung stützt, dass in den Archiven der Berufsgenossenschaften eine grosse Menge brachliegenden wissenschaftlichen Materials ruht, dessen Bearbeitung unsere Kenntniss über die Ursachen von Krankheiten in wesentlichen Punkten fördern könnte.

Ehe ich aber über diese tödtlichen Fälle berichte, wende ich mich zu dem nicht tödtlich geendeten Falle, welcher den Ausgangspunkt meiner Ermittelungen bildete.

Es ist nicht das klinische Bild, welches die Veröffentlichung des diesbezüglichen Gutachtens rechtfertigt, sondern eine sehr wesentliche praktische Frage, nämlich die Abgrenzung von Betriebsunfall und Gewerbekrankheit, welche bei dem vorliegenden Thatbestand Schwierigkeiten machte.

Der Fall zeigt, wie misslich es ist, den Begriff des Betriebsunfalls in der Weise, wie es autoritative Kommentatoren der Versicherungsgesetzgebung versucht haben, in eine bestimmte Wort-Definition festzulegen, und wie es thatsächlich immer nur im einzelnen Falle entschieden werden kann, welche Erkrankung noch durch mehr allmähliche Wirkung der sie verursachenden Schädlichkeit als Gewerbekrankheit gedeutet werden muss, und welche durch mehr plötzliche als Betriebsunfall.

Die Berufsgenossenschaft hat auf Grund des folgenden Gutachtens die Entschädigungspflicht anerkannt.

Thatsächliches.

Der am 3. August 1867 geborene Laternenmonteur H. giebt an, erblich nicht mit Nervenkrankheiten belastet zu sein und früher keine ernsten Krankheiten gehabt zu haben noch auch nervenschwach gewesen zu sein.

Im Schnapsgenuss sei er stets mässig gewesen.

Als Junge habe er sich einmal den rechten Ellbogen ausgeschlagen.

Vor zwei Jahren habe er eine Quetschung des rechten Armes erlitten, die ihm bis zu dem jetzigen Leiden keine Beschwerden mehr verursacht habe.

H. war als Laternenmonteur von der Imperial Continental Gas-Association beschäftigt und verdiente im Jahre 1562 Mark. Elf Jahre will er dort trotz seines von Jugend auf nicht ganz normalen rechten Armes gearbeitet haben wie jeder Andere.

Während des strengen Frostes im Winter dieses Jahres hatte H. die Aufgabe, zugefrorene Gasrohre aufzuthauen. Von Ende Januar bis Anfang Februar 1901 waren es, wie sein Mitarbeiter K. polizeilich ausgesagt hat, täglich mindestens 20, nach H.'s eigener Angabe sogar 40 bis 60 Laternen, die aufgethaut werden mussten.

Für diese Arbeit giebt es nach H.'s Aussage, die von K. genau bestätigt wird, zwei Methoden. Nach Abschraubung des ganzen Brenners wird in das offene Rohr zunächst Spiritus gegossen, um das innerhalb des Erdbodens an der Grenze der bis unter den Nullpunkt abgekühlten Erdschicht im Rohre gebildete Eis aufzulösen. Gelingt es so nicht, so wird ein langer Draht in das Rohr eingeschoben, um das Eis mechanisch abzulösen. Sobald der Weg frei ist, strömt das Gas aus, und der Arbeiter, der am offenen Fenster der Laterne auf der Leiter steht und den Brenner wieder aufschrauben muss, athmet Gas ein.

Bei der Spiritus-Methode dauert dies meist nur einen kurzen Augenblick, ehe dagegen der Draht wieder aus dem Rohre entfernt ist, vergeht mehr Zeit.

H. hat ursprünglich mitgetheilt, er habe sich in den letzten Tagen des Januar angefangen, schlecht zu fühlen. Bei genauem Befragen erklärte er mir jedoch, dass ihm schon nach vier bis fünf Tagen der Kopf „dumm“ wurde, später begann er ein Zittern zu verspüren, erbrach, fühlte sich wirr und elend, so dass K., dem er mehrmals über Brustschmerzen und Schwindel klagte, merkte, wie schwer es H. wurde, seine Arbeit weiter zu thun.

Bei den letzten drei Laternen soll er besondere Schwierigkeiten mit dem Wiederaufschrauben der Brenner gehabt haben, weil er versehentlich eine Schraubenmutter mit abgeschraubt hatte; hierbei will er dann noch mehr Gas als je zuvor eingeathmet haben.

Gleich darauf, am 4. Februar, meldete er sich krank.

Sein behandelnder Arzt, Dr. G., fand ihn matt und angegriffen mit beschleunigtem Pulsschlag, aber sonst ohne objektive Krankheitszeichen. Der schlechte Zustand hielt an.

Am 4. März 1901 wurde H. in das Auguste-Viktoria-Krankenhaus in W. aufgenommen. Nach der von dort eingelieferten Krankengeschichte war er bei der Aufnahme bei leidlichem Appetit und Schlaf, objektiv bestand Zungen- und Fingerzittern, auch Druckschmerz im linken Zwischenrippenraum und am linken Hüftnerven, sonst aber keine Störung.

Er war im Krankenhause einen Monat lang. Erbrechen wurde hier nicht mehr verzeichnet. Das Körpergewicht nahm anfangs etwas zu, ging aber wieder auf den ursprünglichen Bestand zurück.

Am Herzen stellte sich ein leichtes systolisches Geräusch und eine mässige Pulserregtheit ein. Ohne zuletzt noch viel zu klagen, war H. doch sichtlich gedrückt, sass oft nachdenklich am Bett und verkehrte wenig mit Anderen.

Jetzt behauptet er, das Gliederzittern bei ihm und die Kopfschmerzen hätten sich vermehrt, auch sein Augenlicht sei schwach geworden. Im rechten Arm verspüre er eine Schwäche, die früher nicht dagewesen sei. Mit dem Denken gehe es ja zeitweise ganz gut, zeitweise aber auch wieder sehr schlecht. Es komme vor, dass er nicht anzugeben wisse, wo er eben gewesen sei. Dass er irgendwie erregbar geworden sei, meint er nicht. Sein Appetit sei leidlich, der Schlaf zeitweise schlecht.

Objektiv stellt H. sich als ein im Ganzen zart gebauter Mann mit geröthetem Gesicht dar. Seine Muskeln sind schlaff und schwächlich.

Die linke Gesichtshälfte ist gegen die rechte deutlich abgeflacht, doch macht sich bei mimischen Bewegungen kein Unterschied geltend.

Die linke Pupille ist weiter als die rechte, beide ziehen sich auf Lichteinfall gut zusammen.

Im Augenhintergrund sind die Sehnerveneintritte eher etwas geröthet als abgeblasst.

Es besteht Lid- und Zungenzittern.

Der Brustkorb ist etwas eingefallen, doch nimmt man an Herz und Lungen keine Abweichung wahr. Der Puls beträgt in der Ruhe 72 und geht in der Erregung oder nach tiefem Bücken nicht über 84 hinaus.

Der Harn ist eiweiss- und zuckerfrei.

Die ausgestreckten Finger zittern leicht.

Die Hautempfindung ist ungestört.

Nachröthe der Haut ist in ausgeprägter Weise leicht erzielbar.

Das rechte Ellbogengelenk ist stark verändert. Die Knochen sind verdickt, ihre Umrisse unregelmässig, der Arm kann nur bis etwa 150 Grad gestreckt und nur etwa zu drei Vierteln des gesunden handrückenwärts gedreht werden. Der Umfang des Oberarms beträgt rechts 22, links 23, der des Unterarms rechts 23, links 24 cm an der dicksten Stelle.

*) Hirt, Handbuch der Gewerbe-Krankheiten, Leipzig 1874, S. 422.

Seelisch erscheint H. recht gedrückt. Er sieht sorgenvoll und in sich gekehrt aus und hat ein stilles, weiches, zaghaftes Wesen, dem jeder Zug von bewusster Verschleierung oder Uebertreibung fehlt.

Gutachten.

Dass H. krank ist und zwar nervenkrank, ist zweifellos. Er hat charakteristische körperliche Erscheinungen nervöser Uebererreglichkeit, er macht im Allgemeinen einen körperlich angegriffenen Eindruck, und sein seelisches Gebahren ist so kennzeichnend dass an eine Vortäuschung oder Uebertreibung nicht gedacht werden kann.

Hören wir nun, dass die Krankheit bei dem bis dahin gesunden Mann während des Aufthauens der Röhren und der Gelegenheit, Leuchtgas in verschiedenen Mengen einzuathmen, mit wüstem Gefühl im Kopf, mit allgemeiner Abgeschlagenheit, Zittern, Brustbeklemmung und namentlich auch mit Erbrechen begann und hören wir von der Art ihrer Weiterentwickelung, so muss man es ebenfalls als wissenschaftlich begründet erachten, dass die Hauptursache, ja vielleicht die einzige Ursache dieser Reihenfolge von nervös-psychischen Krankheitserscheinungen eine Leuchtgas-Vergiftung war.

Ob nun hier ein Betriebsunfall oder eine Gewerbekrankheit vorliegt, das muss in diesem eigenartig liegenden Falle, für welchen ich keine Analogie in der einschlägigen Literatur gefunden habe, juridischer Ausdeutung des gesetzlichen Wortbegriffs überlassen bleiben.

Ich selbst würde der Meinung sein, dass diese Erkrankung als Betriebsunfall angesprochen werden muss.

Thatsächlich handelt es sich hier um eine chronische Angiftung, d. h. um die allmähliche und durch vereinigten Einfluss sich verstärkende Wirkung einzelner Giftgaben.

Es handelt sich also dem Erfolge nach um einen ähnlichen Vorgang, wie wir ihn bei gewerblichen Vergiftungen im Allgemeinen, z. B. bei den Nervenerkrankungen der Quecksilberspiegelbeleger, der mit Blei Arbeitenden und namentlich der, der Schwefelkohlenstoff-vergiftung ausgesetzten, Gummiarbeiter sehen.

Während aber die Art der Einwirkung in den letzteren Fällen thatsächlich eine in Bezug auf die einzelnen Angiftungen unabgrenzbare Dauerwirkung ist, so dass man nicht sagen kann: in dem und dem Zeitmoment hat der Arbeiter dem bereits einverleibten Gifte ein neues Quantum zugefügt, handelt es sich hier um einzeln völlig abgrenzbare Ereignisse.

Jedes einzelne derselben trägt alle Kriterien des Betriebsunfalls, besonders da es in sich eine Abweichung vom gewöhnlichen Betriebe, nämlich ein Zusammenkommen ganz aussergewöhnlicher Arbeitsumstände darstellt.

Es handelt sich also hier gleichsam um ein zufälliges zeitliches Aneinanderreihen solcher einzeln abgrenzbarer Ereignisse. Und wenn man auch die jetzige Krankheit als die Gesammtwirkung dieser einzelnen Ereignisse betrachten muss, so ist nicht ausgeschlossen, dass einzelne dieser Gaseinathmungen, insbesondere die letzten, bei denen er besonders viel Gas schluckte, an und für sich die Krankheit hätten hervorrufen können, ausserdem aber ausschlaggebend dafür waren, dass die Krankheit einen die Arbeitsfähigkeit aufhebenden Grad erreichte.

Gegenwärtig halte ich den p. H., dessen Erwerbsfähigkeit derjenigen eines traumatischen Neurasthenikers schweren Grades gleich zu erachten ist, um 75 Prozent erwerbsbeschränkt.

(Fortsetzung folgt.)

Traumatische Leukämie.*)

Von

Dr. Adolf Kutschera, Ritter von Aichbergen,
k. k. Bezirksarzt in Graz.

Die in Nr. 7 der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung vom Jahre 1900 beschriebene Erkrankung des Fabrikarbeiters Johann S. an traumatischer Leukämie hat am 23. Juni 1901 tödtlich geendet.

Das Ergebniss der vom Professor der gerichtlichen Medizin an der Universität in Graz Dr. Julius Kratter vorgenommenen Leichenöffnung ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse, weshalb dasselbe hier mitgetheilt wird.

*) Nachrag zu dem Aufsatze in Nr. 7 vom Jahre 1900, pag. 129.

Vorerst sei kurz wiederholt, dass der 50 Jahre alte in einer Knochenmühle beschäftigte Johann S. am 28. November 1898 dadurch einen Unfall erlitt, dass ein mit Knochenschrot gefüllter Sack herabfiel, ihn an der linken Körperseite traf und an den Rand des Mühltrichters drückte.

Im Laufe der Nacht schwoll die Gegend des linken Rippenbogens in der Axillarlinie an, am nächsten Morgen erstattete der Kassenarzt die Unfallsanzeige unter der Diagnose „Quetschung der Milzgegend“.

Am vierten Tage entdeckte der behandelnde Arzt eine grosse Geschwulst unter dem linken Rippenbogen in der Bauchhöhle, die er wegen des akuten und stürmisch fieberhaften Verlaufes für ein peritoneales Exsudat hielt.

Erst nach mehreren Monaten wurde, während sich der Tumor allmählich vergrösserte, die Diagnose der Leukämie gestellt.

Arbeitsfähig wurde der Kranke seit dem Unfalle nicht mehr; unter stetiger Zunahme des Kräfteverfalles trat am 23. Juni 1901 der Tod ein.

Aus dem vom Obduzenten freundlichst zur Verfügung gestellten Obduktionsbefunde ist Folgendes hervorzuheben: B) Innere Besichtigung. 7. Die Lage der Unterleibseingweide ist insofern verändert, als die Milz die ganze linke Seite einnimmt.

Sie ist mit ihrem oberen Pol fest mit dem Zwerchfell verwachsen, und erstreckt sich diese Verwachsung an der linken Seite bis in die Mitte des ungewöhnlich grossen Organes. Ausserdem ist die Kapsel an der vorderen Fläche, soweit sie frei ist, in eine sehnig dicke Schwarte umgewandelt, während sie an der hinteren Fläche stellenweise verdickt, aber doch zarter erscheint.

Die Milz hat ein Gewicht von 2055 g, eine Länge von 28 cm, eine grösste Breite von 16 cm und eine Dicke von 8 cm.

Sie erscheint auf dem Durchschnitte von hellbraunrother Farbe, derb mit stark hervortretender Zwischensubstanz. Sie ist so derb, dass sie durch den Fingereindruck kaum eingerissen werden kann. Pulpa ist mit dem Messer fast nicht abstreifbar. Die Schnittfläche ist speckig glänzend und erscheint fast homogen.

8. Die Leber ist von gewöhnlicher Grösse, lichtbraun brüchig; Kapsel zart, glatt, glänzend, doch über der Mitte des linken Leberlappens an einer Fünfkronenstückgrossen Stelle schwielig und sehnig verdickt, wie die Kapsel der an dieser Stelle auflagernden Milz.

Im Uebrigen ist der Leberlappen in der Mitte eingezogen, so dass die Lebersubstanz hier auf eine schmale bandartige Brücke reduzirt ist und narbiges Bindegewebe tief in die Lebersubstanz eindringt.

10. Die rechte Niere ist entsprechend gross, schlaff, brüchig. . . Die linke Niere ist auf den dritten Theil verkleinert, die Rinde erscheint bis zu einem kaum 1 mm breiten Saum reduzirt, dabei ist die Kapsel leicht abziehbar, das Gewebe etwas blässer, die Pyramiden leicht gelblich verfärbt.

11. Das parietale Blatt des Bauchfells ist im ganzen linken Hypochondrium stark sehnig verdickt und getrübt, zum Theil mit bindegewebigen Pseudomembranen und Strängen bewachsen.

Sämmtliche Lymphdrüsen weichen in keiner Weise von der Norm ab.

12. Die Rippen sind so ungewöhnlich zerbrechlich, dass sie mit leichtem Druck abgeknickt werden können.

An herausgeschnittenen Knochen werden nachträglich Untersuchungen angestellt, deren Ergebniss das folgende ist:

In allen spongiösen Theilen der Knochen erscheinen die

Knochenbalken sehr vermindert, die Hohlräume dagegen sehr gross. Weniger kompakte Knochen sind nicht nur in der Weise stark rarefizirt, sondern auch so weich, dass sie mit Scheere und Messer leicht geschnitten werden können. In den grossen Hohlräumen befindet sich ein zum Theile ganz verflüssigtes Mark von röthlich grauer Farbe. Aehnlich beschaffen ist auch das Mark der langen Röhrenknochen, deren Diaphyse recht kompakt erscheint, während die Epiphysen in ganz ähnlicher Weise wie beschrieben verändert sind.

Professor Kratter sagt in seinem Gutachten, dass Johann S. an allgemeiner Erschöpfung in Folge lienaler Leukämie gestorben ist.

„Mit Bezug auf die aus den Akten zur Kenntniss genommenen Vorgänge während des Lebens, zusammengehalten mit den Leichenbefunden ergiebt sich mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit eine traumatische Entstehung der tödtlich gewordenen Leukämie.

Diese schon zu Lebzeiten des Johann S. angenommene Entstehungsart der Leukämie erscheint durch folgende Leichenbefunde objektiv gestützt:

a) durch Verwachsung des oberen Pols der Milz mit dem Zwerchfell;

b) durch eine sehnenfleckähnliche über handtellergrosse Verdickung des Bauchfells in der Milzgegend;

c) durch die ausgebreitete und sehr deutliche Verdickung der Milzkapsel;

d) durch eine schwielige Veränderung (narbige Atrophie) einer über guldenstückgrossen Stelle des linken Leberlappens.

Es ist nach diesen Befunden unzweifelhaft, dass hier eine umschriebene Peritonitis abgelaufen ist und es kann aus zahlreichen Analogien mit Recht gefolgert werden, dass diese aus einer ursprünglichen Quetschung der linken seitlichen Bauchwand, der Milz und eines Theiles des linken Leberlappens hervorgegangen sei.“

Referate.

Allgemeines.

Kasuistischer Beitrag zur Frage der Organrupturen nach Kontusion des Bauches. Ruptura ilei, Ruptura venae cavae asc.

Von Dr. C. Berg-Danzig.

(Ztschr. f. Med.-B. 1901 No. 12.)

Der erste Fall, den Verf. mittheilt, ist minder merkwürdig. Ein Reiter stösst beim Versuche, sein Pferd auf schmalem Wege an einem Fussgänger vorbei zu bringen, diesen mit dem Fuss gegen den Leib. Der Verletzte stirbt in derselben Nacht. In dem sonst ganz gesunden Darm findet sich ein rundes Loch mit glatten Rändern nicht weit von der Bauhin'schen Klappe an der freien Darmrundung gegenüber dem Gefässansatz. Es dürfte sich um ein Platzen des mit Gas oder Flüssigkeit stark gefüllten Darms durch den nicht zu heftigen Stoss handeln.

Im zweiten Falle war einem Arbeiter ein 4 Centner schweres Fass aus geringer Höhe auf den Leib gerollt. Der Verletzte lebte noch eine Stunde. Die Leichenöffnung ergab äusserlich nur eine Schürfung. Weiter in der Tiefe fand sich zunächst eine Zerreissung des graden Bauchmuskels bei unverletzter Muskelscheide, dann ein Riss in der Gekröswurzel, der einige Aeste der Gekrösschlagader und der Pfortader mit betraf, endlich aber ein fingerbreit klaffendes Loch in der unteren Hohlader in der Höhe des 3. Lendenwirbels. Der Magendarmkanal und die grossen Drüsen waren unversehrt. Eine seltene Verletzung, besonders in dieser Reinheit. Man muss sich vorstellen, dass die Last des Fasses das Blutgefäss gegen die hier stark vorspringende Wirbelsäule presste, während die Därme seitlich auswichen.

Fall von Zerreissung der vena cava inferior.

Von Adrian Caddy.

(The Lancet 25. Mai 1901.)

Ein acht Jahre alter Knabe war von einem Wagen überfahren worden und wurde nach dem Royal Free Hospital gebracht. Das erste, was auffiel, war eine grosse Wunde an der Aussenseite des rechten Kniegelenks mit einem Riss bis in die Kapsel des Gelenks. Eine noch schwerere Wunde fand sich an dem linken Kniegelenk, wo an der Innenseite der Knochen vollständig bloss lag. Der Knabe war bei vollem Bewusstsein, sprach klar und klagte über Schmerzen in der linken Seite. Bei der Untersuchung des Brustkorbes fand man, dass beinahe alle Rippen gebrochen waren. Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich bald, die Hautfarbe wurde blass, der Puls beschleunigte sich und wurde schwach. Allmählich trat Bewusstlosigkeit ein, und der Knabe starb $2^1/_2$ Stunden nach seiner Aufnahme. Die Sektion ergab, dass die inneren Verletzungen weit schwerer waren, als man ahnen konnte. An dem linken Ventrikel des Herzens sah man an der Vorderfläche eine grössere Quetschwunde, die linke Brusthöhle war mit Blut gefüllt und an der Basis der Lunge fand sich ein Riss von zwei Zoll Länge. Links waren 7 Rippen gebrochen, auch in der rechten Brusthöhle fand sich etwas Blut. Ausserdem aber fand sich ein Riss der vena cava inferior, welcher durch das ganze Gefäss hindurch ging. In der Bauchhöhle war nicht sehr viel Blut; es ist höchst merkwürdig, dass trotz der schweren Verletzungen, welche die grösste Vene des Körpers betrafen, einen Riss der Lunge und Quetschung des Herzens zur Folge hatten, der Knabe im Stande war, noch beinahe 3 Stunden zu leben. Franz Meyer-*Berlin*.

Lebensfähigkeit nach schwerer Verletzung.

Von Clayton Greene.

(The Lancet 8. Juni 1901.)

Im Anschluss an den Fall, in welchem nach Riss der vena cava inferior der Verletzte noch 3 Stunden weiter lebte, berichtet Greene über einen entsprechenden interessanten Fall.

Ein 49 Jahre alter Mann stürzte von grösserer Höhe so unglücklich, dass er mit der linken Seite auf ein spitzes Geländer fiel und aufgepfählt wurde. Als er in das Krankenhaus aufgenommen wurde, schien er sehr verfallen und hatte Zeichen äusserster Herzschwäche, trotzdem lebte er noch volle 9 Stunden. Bei der Sektion fand man folgende Verletzung.

Man sah eine grosse unregelmässige Wunde in der linken Bauchgegend, die sechste, siebente, achte, neunte und zehnte Rippe war gebrochen. Der Magen war auf beiden Seiten perforirt, ebenso war das Zwerchfell perforirt und gerissen, die linke Lunge war in grosser Ausdehnung zusammengesunken. Ferner war der Herzbeutel und der linke Ventrikel des Herzens perforirt. Die linke Brusthöhle war ganz mit Blut gefüllt, der Magen war nach oben und rechts hinten in die Oeffnung des Zwerchfells hineingezerrt. In der Bauchhöhle und dem Herzbeutel fanden sich auffälligerweise nur wenig Blut. Franz Meyer-Berlin.

Blutungen am Kopf und Nacken, herbeigeführt durch Zusammenschnürung mittelst des Halskragens im epileptischen Anfall.

Von Maynard.

(The British Medicial Journal 9. Februar 1901.)

Ein junges Mädchen war mitten im Gespräch mit Freunden plötzlich bewusstlos umgestürzt und blieb kurze Zeit ohne

Hilfe am Boden liegen, da in Folge des Schreckens jeder sich scheute, ihr beizustehen. Erst als man bemerkte, dass das Gesicht sich blau verfärbe, wandte man sich an einen Arzt. Bei seiner Ankunft war die Kranke noch etwas schläfrig, hatte aber das Bewusstsein bereits wieder erlangt. An Hals und Nacken bemerkte man subkutane Blutextravasate, ebenso unter der Bindehaut der beiden Augen. Die Kranke blutete leicht aus der rechten Nase und aus dem linken Ohr. Die Blutung am Halse war durch eine scharf begrenzte Linie deutlich abgegrenzt. Schnell kam die Kranke wieder vollständig zu Besinnung und gab an, niemals früher einen ähnlichen Anfall gehabt zu haben. Der Bluterguss im Auge und vor allen Dingen am Halse wurde noch deutlicher. Man konnte feststellen, dass die Grenze des Ergusses genau dem oberen Rande des Kragens entsprach, welchen die Kranke während des Anfalls getragen hatte. Der Anfall hatte offenbar epileptischen Charakter, bei welchem eine stärkere Kongestion der Halsgefässe aufzutreten pflegt. Die dadurch bedingte Schwellung des Halses führte in Folge des sehr engen Kragens zu typischen Strangulationserscheinungen. Nach einigen Wochen war das Blut resorbirt, inzwischen hatte die Kranke wieder einen leichten Anfall von petit mal gehabt.

Kleine Blutergüsse im Gesicht sollen öfter vorkommen und sind von Trousseau und anderen beschrieben, auch Wilks beschrieb einen Fall, wo das Gesicht geradezu bunt aussah, einen ähnlichen Fall erwähnt Crossmann, aber nirgends war die Blutung so intensiv wie in dem vorliegenden Falle. Franz Meyer-Berlin.

Chirurgie.

Ueber Verletzungen der Milz.

Von Dr. Krjukow.

(Petersburger Dissertation. Wratsch. 1901, No. 26.)

Auf Grund von 4 Fällen eigener Beobachtung, wie auch auf Grund des Studiums der 66 in der Literatur vorhandenen einschlägigen Veröffentlichungen, schliesslich auch auf Grund von 15 an Hunden ausgeführten Experimenten giebt Verf. folgende Darstellung der traumatischen Milzverletzungen:

Die traumatischen Milzverletzungen sind durchaus keine grosse Seltenheit; sie stellen in den meisten Fällen ein sehr schweres Leiden dar und verlaufen ohne chirurgische Intervention rasch tödtlich. Als prädisponirendes Moment ist pathologische Veränderung des Gewebes der Milz, nämlich Steigerung der Brüchigkeit derselben anzusehen. Selbst bei bedeutenden Verletzungen des Parenchyms können der Peritonealüberzug und die Milzkapsel intakt bleiben. Milzrupturen werden häufig von grossen Blutergüssen in das Gewebe der Milz begleitet, die entweder absorbirt werden, oder in Eiterung übergehen, oder schliesslich den Ausgangspunkt zur Bildung von Blutcysten abgeben können. Schusswunden der Milz gehen mit weniger bedeutenden Verletzungen einher als Rupturen; Stich-Schnittwunden zerstören das Milzgewebe weniger als Schusswunden. Kontusionen der Milz verlaufen ohne auffallende Erscheinungen, während Rupturen, Schuss- und Stich-Schnittverletzungen der Milz gewöhnlich schon gleich zu Beginn ein schweres Krankheitsbild abgeben. Die hauptsächlichsten Erscheinungen einer Milzverletzung sind die einer inneren Blutung. Die Blutung ist am schärfsten bei Rupturen ausgesprochen. Bei Bluterguss in die Abdominalhöhle kann die Schalldämpfung auf der linken Seite des Abdomens deutlicher ausgesprochen sein als auf der rechten. Bei nichtkomplizirter subkutaner Milzruptur tritt, wenn keine chirurgische Intervention stattfindet, Tod in 95 % ein, darunter in 40,6 % innerhalb der ersten Stunden nach der Verletzung. Die nächste Todesursache ist fast stets eine innere Blutung. In der Literatur sind 16 Veröffentlichungen über nicht operativ behandelte Milzrupturen mit günstigem Ausgang veröffentlicht, was bei der Gesammtzahl von 117 Beobachtungen 14 % ausmacht. Der Verlauf und der Ausgang von Stich-Schnittwunden der Milz ohne Operation sind in Anbetracht der beschränkten Zahl von Beobachtungen weniger erforscht. Der Ausgang der Fälle, die operirt wurden, gestaltete sich folgendermassen: Von 41 Pat. mit subkutaner, nichtkomplizirter Milzruptur genasen 25 (63 %); Todesursachen: in 7 Fällen Blutverlust, in 3 Fällen Bauchfellentzündung, in 1 Falle Shock, in 2 Fällen Verlegung des Darmes; in 3 Fällen ist die Todesursache nicht angegeben. Von 8 Patienten mit subkutaner Milzruptur bei gleichzeitiger Komplikation mit Erkrankung anderer Organe genas nur einer, während 7 starben. Die 26 Kranken mit komplizirter Milzruptur, die nicht operirt wurden, starben sämmtlich. Schussverletzungen der Leber gaben 6 Genesungen und 5 Todesfälle; operativ wurden nur 7 Fälle behandelt (4 Genesungen, 3 Todesfälle).

Im postoperatorischen Verlauf wurden bisweilen Komplikationen beobachtet, wie Bildung von subdiaphragmalen Abscessen, seröse oder serös-hämorrhagische Entzündung des linken Brustfells und schliesslich eine ganze Reihe von Veränderungen von Seiten des Blutes, die sich nach der Entfernung der Milz einstellen, und zwar Verminderung der Zahl der rothen und Vergrösserung der Zahl der weissen Blutkörperchen, Abnahme des Gehalts des Blutes an Farbstoff, Vergrösserung der Lymphdrüsen und der Schilddrüse, Ansammlung im Knochenmark von Zellen, die reifen Blutkörperchen ähnlich sind. Ausserdem wurde beobachtet: postoperative Geistesstörung (auf der Basis der Inanition), Impermeabilität des Darmkanals und Hernie der Bauchwand. Was die operative Behandlung betrifft, die in sämmtlichen 70 Fällen (4 des Verf.'s und 66 aus der Literatur) zur Anwendung kam, so wurde in 54 Fällen die Entfernung der Milz angewendet (29 bezw. 54 % Genesungen), in 3 Fällen die Naht (2 Genesungen), in 6 Fällen Tamponade (5 Genesungen), in einem Falle Unterbindung des Stieles (Tod), in 4 Fällen einfache Laparotomie (eine Genesung, 2 Todesfälle, in einem Falle Ausgang unbekannt), in 1 Falle Aetzung mittelst heisser Luft und darauf Tamponade (Genesung), in 1 Falle Naht und Tamponade (Genesung). Alles in allem wurden in den 70 Fällen 39 Heilungen erzielt, während 30 Patienten starben und in einem Falle der Ausgang unbekannt blieb. Verf. selbst ist der Ansicht, dass bei Stich-Schnittwunden an erster Stelle die Naht indizirt ist, ganz besonders wenn die Gefässe des Stieles nicht betroffen sind, der Lagepunkt der Wunde für die Nahtanlegung bequem und die Milz mehr oder weniger frei von Verwachsungen ist. Sind die Gefässe des Stieles verletzt, so kann man die partielle Unterbindung vornehmen, zu der im Nothfalle noch eine Naht der Milzwunde hinzukommt. Die gänzliche Entfernung der Milz ist nur in äusserst schweren Fällen bei sehr grossen Wunden der Milz mit starker Blutung angezeigt. (? Red.) Bei tiefen unregelmässigen Wunden mit Ablösung und zahlreichen Einschnitten der Kapsel bleibt, wenn in Folge bedeutender Verwachsungen die totale Entfernung der Milz unmöglich ist, nichts anderes übrig, als zur Tamponade der Wunde zu greifen. Schusswunden stehen nach dem Charakter der Verletzung, die durch dieselben beigebracht wird, an der Grenze zwischen Zerreissungen und Stich-Schnittwunden. Entsprechende Thierexperimente haben ergeben, dass genähte Wunden mit dem Fortschreiten der Verheilung der Nähte bis zur vollständigen Verwachsung der Wundränder allmählich zu bluten aufhören. Die Nähte sind tief in einer Entfernung von 0,5—0,75 cm von einander anzulegen. Normales Milzgewebe

reisst bei der Zusammenziehung der Nähte nicht. Selbst wenn die Milz ganz quer durchschnitten ist, kann die Blutung durch eine Umnähung der Wundflächen mittelst fortlaufender Tabakbeutelnaht gestillt werden. Schwerer anwendbar ist die Naht in den Fällen, in denen die Wundränder nicht gleichmässig sind und bedeutend auseinandergehen; garnicht anwendbar ist die Naht bei Zerreissungen der Kapsel und bei Vorhandensein von Blutherden in der Nähe der Wunde. Die Kauterisation mittelst heisser Luft bringt parenchymatöse Blutungen leicht zum Stillstand, erreicht dies aber schwer oder überhaupt nicht bei arteriellen Blutungen. Immerhin wirkt die Kauterisation mittelst heisser Luft rascher und sicherer als die mittelst Thermokauters. Die kauterisirte Oberfläche hat nach 3—4 Wochen das Aussehen von glattem narbigen Gewebe. Bezüglich der Unterbindung des Stieles ergaben die Experimente, dass bei Querwunden der Milz, selbst bei solchen, die sie vollständig in 2 Hälften theilen, die Blutung durch Unterbindung des der Wunde entsprechenden Gebietes des Stieles gestillt werden kann. Bei Wunden, die in Längsrichtung verlaufen, ist der Stiel in einer Ausdehnung zu unterbinden, die die Länge der Wunde um je 1,5—2 cm nach beiden Seiten hin übertrifft. Die partielle Unterbindung des Stieles ruft eine Schwellung des entsprechenden Theiles der Milz hervor und führt später zu einer Verringerung desselben; dank dieser Anschwellung schliessen sich selbst penetrirende Wunden in den ersten Tagen spontan. Lb.

Ueber multiple Angiosarkome.

Ein Beitrag zur Geschwulstlehre.

Von Dr. Fritz König, Privatdozent für Chirurgie und Assistenzarzt an der Königl. chirurg. Universitäts-Klinik.

(Arch. f. Chir.)

Verf. tritt an der Hand eines klinisch und histologisch genau geschilderten Falles den Beobachtungen vielbeschäftigter Aerzte näher, dass scheinbar bösartige, auch multipel auftretende Geschwülste völlige und dauernde anatomische Rückbildung erfahren können, und meint, dass es sich bei Fällen, die, von Aerzten als inoperabel aufgegeben, unter nicht sachkundiger Leitung heilen, nicht immer um eine falsche Diagnose handle.

Bei dem Falle, den Verf. erwähnte, hat es sich klinisch um eine nach einander auftretende Erkrankung der 4. und 2. Zehe des linken Fusses gehandelt, indem am Nagelbett unter grossen Schmerzen eine bräunliche Verfärbung mit nachfolgender Entzündung und Schorfbildung auftrat, und um eine solche der 5. Zehe, die am Nagel unter Schmerzen eine dunkle Farbe annahm. Operative Eingriffe des Hausarztes hatten nur Blut zu Tage gefördert, jedoch eine Heilung in Form einer dunkel pigmentirten eingezogenen Narbe erreicht, an der 5. Zehe blieb aber ein dunkler, trockner Schorf. Der durch die Schmerzen psychisch sehr deprimirte Patient bot in der klinischen Behandlung eine schiefrig graue Verfärbung der schmerzhaften kleinen Zehe und einen dunklen Schorf an der Stelle des Nagels, sowie an der 2. und 4. Zehe die erwähnten Narben, in deren Bereich an der letzteren Zehe die Nagelphalanx abnorm beweglich war. An der 5. Zehe stellte sich später dieselbe abnorme Beweglichkeit im Interphalangealgelenk ein. Als Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde, wie draussen, Gangraena senilis angenommen. Während der symptomatischen Behandlung zeigte sich am erkrankten Bein am inneren Gastrocnemiusbauch und am oberen Ende der Kniekehle je eine wallnussgrosse, unter der abhebbaren Haut mässig verschiebliche, derbe Geschwulst. Die Exstirpation förderte an der Wade einen mit einer dicken Kapsel am Muskelfleisch stark verwachsenen Tumor zu Tage, der auf dem Durchschnitt braunrothe und derbe weisse Stellen zeigte. Bei der Exartikulation der kleinen Zehe gerieth man dorsal in eine gleiche braunrothe Geschwulst, die den 4. Metatarsus theilweise usurirt hatte und am 5. Metatarsalknochen festsass, so dass derselbe zur Hälfte mitentfernt wurde. Nachdem auch die andern Zehen bis auf die erste später in Folge des histologischen Befundes weggenommen waren, ist der Patient geheilt, bis nach 8 Monaten recidivfrei geblieben.

Auf Sagittalschnitten durch die Zehen fand Verf. unter dem Schorf resp. den Narben tiefrothe, den Weichtheilgeschwülsten ähnelnde Tumoren, also nichts von Gangrän. Daran hatte er, wie die andern beobachtenden Aerzte, nicht gedacht, weil eine rasch wachsende, multipel auftretende Geschwulstbildung nicht bekannt ist, die unter entzündlichem Aufbruch und Bildung eines Blutschorfes mit einer Narbe *heilt*, obwohl man sich die Volumenzunahme des Endgliedes der kleinen Zehe durch einen Tumor hätte erklären können, der, vom Knochen ausgehend, diesen theilweise zerstört und so abnorm beweglich gemacht hätte, da ja Tumoren unter dem Nagel nicht selten sind. Die tiefrothe Färbung der Tumoren war durch frisches kursirendes und altes verändertes Blut bedingt.

Das im Wesentlichen durchaus gleichartige Bild der Tumoren bei der histologischen Untersuchung zeigte Blutungen und kleinzellige Infiltration und durch die spindelförmigen, wie epitheloiden Zellen mit dem grossen Kern den Typus des Spindelzellensarkoms bezw. durch das Ueberwiegen der bindegewebigen Intercellularsubstanz das des Fibroms und Fibrosarkoms; stellenweise sah Verf. kleine, mit Endothelzellen ausgekleidete, verzweigte Kanälchen, in denen Leukocythen lagen, und deren Wandzellen ohne Grenze in die Tumorzellen übergingen, an andern Stellen wieder grössere Bluträume und Gefässe höherer Ordnung, deren höheres kubisches *Endothel* fast an Drüsengewebe erinnerte. Aus alledem *wurden die* Tumoren als Endotheliome, ausgehend von dem *Endothel der* Blutgefässe und Saftkanäle angesehen. Dann erwähnt Verf. unter Anlehnung an andere Autoren die klinische und prognostische Verschiedenheit der Endothelgeschwülste, die ja auch, wie in dem erwähnten Falle, histologische Verschiedenheiten an einem Tumor bieten können und die je nach dem Ueberwiegen bestimmter Zellentypen schon histologisch zu beurtheilen sind. Bemerkenswerth und sehr interessant sind die Betrachtungen, die Verf. an die kleinzellige Infiltration knüpfte: Sie kann bedingt sein durch die mechanische Reizung eines Tumors und Hämorrhagien mit Blutpigmentausfall, der chemotaktisch durch Phagocythose kleinzellige Infiltrationen macht. Allerdings konnte auch die Endothelerkrankung eine grössere Durchlässigkeit der Wandung gemacht haben. Die Bedeutung dieser Vorgänge für die beobachtete Rückbildung von Tumoren vergleicht Verf. mit der Wechselwirkung der Entzündung auf die infektiösen Granulome, wie den Tuberkel, wo die aus der Infiltation hervorgegangenen Bindegewebszellen sich in und um den Tuberkel entwickeln. Aehnliches bot histologisch die in Heilung begriffene 2. Zehe, wo ein kleinzelliger Wall das blasse Centrum umgab. Verf. hält es für möglich, dass die eigentlichen Geschwulstzellen unter dem Ansturm des kräftigen kleinzelligen Nachwuchses, der die Oberhand gewinnt, atrophiren, kleiner werden, ja schliesslich aufgehen in bindegewebigen Elementen, die die Narbe aufbauen. Nur in geringem Masse haben nach Verf.'s Meinung lokale Nekrosen in Folge obliterirender, endarteriitischer Prozesse an der Rückbildung der Tumoren Theil. Ganz zum Schluss streift Verf. noch die Möglichkeit der infektiösen Aetiologie, an die am ehesten bei Sarkomen gedacht werden könnte, da diese gerade, allerdings auch sehr selten, gleichsam wie durch Aufhören oder Abschwächung der Virulenz spontan heilten.

Krausse-Berlin.

Innere Medizin.

Ueber die Berliner Pockenerkrankungen.

Von Stabsarzt Dr. Kleine, Assistent am Inst. f. Infekt.-Krankh.
(D. med. Wochenschr. 1901. No. 29.)

Die im April d. J. in Berlin beobachtete Pockenepidemie war zwar von geringem Umfang, aber die Genauigkeit aller Feststellungen ermöglicht wichtige Schlüsse.

Zwölf Krankheitsfälle waren zweifellos echte Pocken, neun davon wurden im Kochschen Institut behandelt, drei starben. Bei sechs weiteren sehr leicht verlaufenden Fällen bestand nur Pockenverdacht.

Der erste Kranke war ein seit 42 Jahren nicht geimpfter Eisenbahnbediensteter, der in seinem Berufe viel mit russischen Auswanderern zusammen fahren musste. Er wurde nachts mit der Diagnose „Masern" eingeliefert und in ein vor dem Eingang zum Hauptsaal einer Baracke gelegenes Isolirzimmer gebracht. Schon am Morgen wurden die Pocken erkannt und alle Kranken, Aerzte und Wärter geimpft.

Der Erkrankte starb nach fünf Tagen. Einen Tag später wurden aus anderer Ursache zwei ältere Leute aufgenommen und nicht geimpft. Diese — und nur diese — erkrankten nach elf Tagen erst mit Fieber ohne ersichtlichen Grund, nach weiteren fünf Tagen zeigte sich der Pocken-Ausschlag. Dem Einen folgte in der Erkrankung seine Ehefrau, die ihn vor Ausbruch der Pocken besucht hatte. Bei allen diesen Kranken, die früher mehrfach geimpft waren, war der Verlauf sehr mild.

Damit war diese Ansteckungsreihe scheinbar beendigt, als in einer ganz anderen Stadtgegend ein sechs Monate altes ungeimpftes Kind erkrankte und starb. Nachforschungen ergaben nur die Möglichkeit einer Uebertragung durch zwei gesund gebliebene Mittelspersonen. Der Fall blieb vereinzelt.

Dann tauchten neue Fälle in zwei Häusern einer wieder anderen Gegend auf, welche durch ein Grundstück von einander getrennt waren: zwei 59jährige Leute und zwei ungeimpfte fünfjährige Jungen wurden krank. Die Erwachsenen hatten einen leichten Krankheitsverlauf, die Kinder einen schweren. Das Eine starb, das Andere hofft man am Leben zu erhalten. Das Eine davon, früher wegen epileptischer Krämpfe nicht geimpft, wurde, als die Pocken im Hause auftauchten, sofort geimpft, aber zu spät — um die Impfpocken herum standen nachher die echten. Nachträglich wurde ermittelt, dass in dem erwähnten Mittelgrundstück ein $1^1/_2$ jähriges ungeimpftes Kind mehrere Wochen wegen ungewöhnlich schwerer „Windpocken" behandelt worden war; bei einem Onkel dieses Kindes wurde drei Wochen später ein Pockenausschlag bemerkt. Diese ganze Gruppe ist darauf zurückzuführen, dass in der ganzen Stadtgegend und den fraglichen Häusern viele Mitangestellte des ersten Erkrankten wohnen, die mit ihm vor Einlieferung in das Krankenhaus im Verkehr standen.

Inzwischen dürfte die Epidemie erloschen sein. Trotzdem sofort die Anzeigepflicht auch für Windpocken vorläufig angeordnet wurde, hat sich kein weiterer Fall gezeigt.

Für die Aerzte ergiebt sich aus der kleinen Epidemie die Pflicht, jeden Fall, der nur entfernt an Pocken erinnert, sehr aufmerksam zu betrachten. Bei jedem echten Pockenfall sind Massenimpfungen anzuordnen, auch für die schon geimpften Personen der Umgebung.

Andererseits stellt die Epidemie eine furchtbare Warnung für die Impfgegner und vor den Impfgegnern dar: Unter den elf Erkrankten, die K. nennt, befindet sich, wie man aus seinen Angaben wohl mit Sicherheit schliessen darf, kein im Laufe der letzten zehn Jahre Geimpfter.

Vier ungeimpfte Kinder erkrankten schwer, zwei davon, darunter ein fünfjähriges, starben. Von sechs älteren Leuten, die erkrankten, hatten fünf nur leichte Erscheinungen, der sechste, welcher starb, war seit 42 Jahren nicht geimpft.

Seltsamer Weise hat ein impfgegnerischer Arzt in der Allgemeinen Med. Centralzeitung die Frankfurter Epidemie von 1900 (cf. No. 1 dieses Jahrgangs unserer Zeitschrift) zur Bekämpfung des Impfzwanges benützt. Gegenüber derartigen Bestrebungen mag die hinsichtlich des Werthes der Impfung wieder mal sehr eindeutige Berliner Epidemie zeigen, dass man nicht mit dem Feuer spielen soll!

Ein Fall von Selbstimpfung.

Von George H. Ormsby.
The Lancet 23. Februar 1901.

Sehr interessant ist folgender Fall:

Ein 45 Jahre alter Mann zog sich eine leichte Kratzwunde am äusseren Winkel des rechten Auges zu. Ungefähr eine Woche vorher war sein kleines Kind geimpft worden. Nachdem er in der Nacht das Kind einmal zu sich genommen hatte, entwickelten sich bald darauf an der Stelle der Wunde typische Impfblattern. Das Auge war vollkommen geschlossen, sehr schmerzhaft und gereizt. Im Uebrigen war der Verlauf so, wie man ihn sonst an einer geimpften Stelle des Armes zu finden pflegt.

Franz Meyer-Berlin.

Ergebnisse von 36 Serum-Einspritzungen zur Verhütung der Diphtherie.

Von Percy R. Blacke.
(The Lancet 26. Januar 1901.)

In einem Rekonvaleszentenheim für Kinder erkrankten drei derselben hinter einander an Rachendiphtherie. In dieser Zeit waren im Ganzen 38 Kinder im Hause, weshalb man sich entschloss, Heilserum in prophylaktischen Dosen zur Anwendung zu bringen. Die drei erkrankten Kinder wurden nach Feststellung der Diphtherie aus dem Hause entfernt. Das Heilserum stammte aus dem Jenner'schen Institut, es wurde je 1 cm mit etwa 334 Einheiten injizirt, d. h. so viel wie als prophylaktische Dosis vorgschrieben ist. Man verfuhr in streng antiseptischer Weise. Keines der Kinder erkrankte danach an Diphtherie und in 31 Fällen blieb jede Reaktion nach der Einspritzung aus. Zwei Kinder bekamen Hautausschläge mit Fieber, in einem Falle von papulösem, im anderen von scharartigem Charakter. Bei einem dritten Kinde trat Schmerzhaftigkeit des einen Kniegelenks auf, beim vierten entzündliche Schwellung der Nackendrüsen. Bei allen vier Kindern war nach wenigen Tagen die Komplikation beseitigt.

Interessant ist, dass sie auch nach so kleinen Dosen von Antitoxin zu Stande kam.

Franz Meyer-Berlin.

Eine Methode, den Colibacillus vom Typhusbacillus durch Anwendung von Neutralroth zu unterscheiden.

Von William Hunter.
(The Lancet 2. März 1901.)

Rothberger hat 1898 über die Wirkung einer Anzahl von Bakterien auf verschiedene Anilinfarben berichtet. Bei dieser Gelegenheit fand er eine werthvolle Methode, um Typhusbacillus von Bacterium coli zu unterscheiden. Fügte man dem Agar-Agar eine geringe Menge konzentrirter wässriger sterilisirter Lösung von Neutralroth oder Saffranin zu und impfte so gefärbte Agarröhrchen mit Typhusbacillus und Bacterium coli, so bekam man folgende Resultate: Die mit Typhus geimpften Röhrchen zeigten keinerlei Veränderung des Nährbodens, bei denen mit Bacterium coli geimpften ging das Neutralroth in grüngelb über und gab deutliche Fluoreszenz. Der Saffranin-Agar wurde vollkommen entfärbt. Hunter hat diese Resultate bestätigt und zum Theil vervollständigt. Er kam

zu folgenden Schlüssen, die zum Theil mit den von Rothberger übereinstimmen:

1. Bacterium coli besitzt die Eigenschaft, Neutralroth zu reduziren und eine schöne kanariengelbe fluoreszirende Farbe des Mediums zu erzeugen.

2. Der sogenannte Bacillus enteritidis von Gärtner bringt ebenfalls diese Reaktion hervor und ist demnach wahrscheinlich eine Abart des Bacterium coli communis.

3. Der Typhusbacillus besitzt niemals die Fähigkeit der Reduktion.

4. Die gewöhnlichen pathogenen Mikroorganismen geben nicht diese Reaktion.

5. Mit Hilfe von Neutralroth ist es möglich, in 12 bis 24 Stunden mit absoluter Sicherheit das Vorhandensein von Bacterium coli commune festzustellen. Schliesslich ist es nach den Erfahrungen von Hunter möglich, mit Hilfe von Neutralroth die Bakterien der Coli-Gruppe von denen der Typhus-Gruppe zu unterscheiden. Franz Meyer-Berlin.

Neurologie.

Ueber Simulation von Nervensymptomen.

Von Dozent Dr. S. Erben-Wien.
(Wiener medizinische Presse. No. 25, 1901.)

In der ersten Zeit nach Einführung der sozialen Gesetze waren die Aerzte vielfach geneigt, unter den Rentenbewerbern Simulanten zu suchen, die aus ihrer Krankheit wirthschaftliche Vortheile zu ziehen bemüht wären. Es hat sich dann aber bald herausgestellt, dass diese Annahme sehr übertrieben und dass die Zahl der reinen Simulanten keine sonderlich grosse war. Etwas anders liegt die Sache mit der Uebertreibung eines Symptomes; die „Aggravation“ wird oft genug aus unlauteren Motiven hervorgehen, nicht selten ist sie aber als Symptom einer bestehenden Nervenerkrankung zu deuten, das sich häufig auch bei Kranken findet. denen aus ihrem Leiden keine augenfälligen Vortheile erwachsen. Die richtige Würdigung und Deutung der geklagten Beschwerden macht naturgemäss bei den Nervensymptomen die grössten Schwierigkeiten. Verf. geht in der vorliegenden Arbeit die einzelnen Erscheinungen durch und zeigt an typischen Beispielen, wie man sich am besten Einsicht verschafft.

Er bespricht zunächst das Symptom der Lähmung. Unter den angeführten Fällen ist eine simulirte Lähmung des Deltoides bemerkenswerth. Der Patient gab an, seinen Arm nicht heben zu können; er liess ihn schlaff herabhängen. Verf. betonte nach längerer Untersuchung, dass es ihm nun klar sei, warum Pat. den Arm nicht heben könne. Er erhob alsdann den Arm passiv und ordnete an, der Kranke solle den Arm recht behutsam senken, damit er sich nicht schade. Das ging! Pat. wusste nicht, dass das Senken des Armes von den Hebern desselben besorgt wird. In einem andern, gleichliegenden Falle wurde folgendes Hilfsmittel angewandt: Der Untersuchte musste die Bauchlage einnehmen, so dass der Arm vom Untersuchungstisch herabhing. Nun musste er den Arm an den Stamm ziehen, was prompt ging; darauf hiess es, den Arm sinken zu lassen. Pat. behauptete, das nicht zu können, weil er nicht wusste, dass die Entfernung des Armes vom Stamme in diesem Falle nicht vom Armheber, sondern von der Schwere besorgt wird. Schwerer als der objektive Nachweis der Simulation einer kompleten Lähmung ist derjenige einer Vorspiegelung verminderter Kraft (Parese). Das Auftreten von Zittern bei forcirter Bewegung spricht dafür, dass der Betreffende seine äusserste Kraft angewendet hat. Bei Klagen über Schwäche im Bein ist auf Folgendes zu achten: Bei feinen Bewegungen treten die Antagonisten mit in Aktion, schaffen für die sich kontrahirenden Agonisten Widerstände (Bremsen), damit die Bewegung ruhig und präzise erfolge; aber bei brüsken Bewegungen fallen die Antagonisten weg, um den Agonisten zu vollem Effekte zu verhelfen. Man muss nun einen Kranken, der über Schwäche im Bein klagt, antreiben, mit äusserster Kraftanstrengung der passiven Kniestreckung entgegenzuwirken. Der Kranke setzt dabei kräftig an, kommt aber nicht vorwärts; nun ermittelt man durch Betasten, dass mit den Kniebeugern auch die Kniestrecker angestrengt wurden. Die Strecker sind bei der energischen Kniebeugung, die der Kranke hätte intendiren sollen, hart geworden, — das ist ein Täuschungsversuch, der Kranke wollte seine Schwäche demonstriren, indem er den Effekt einer kraftvollen Beugewirkung durch gleichzeitige Anspannung der Antagonisten unterdrückte: normaler Weise hätten die letzteren erschlaffen müssen. Der Simulation verminderter Kraft beim Händedruck kommt man durch folgende Taktik bei: Man lässt den zu Untersuchenden mit äusserster Kraftanstrengung einmal bei stark gebeugtem Handgelenk und dann bei überstrecktem Handgelenk drücken: erweist sich zuletzt der Händedruck nicht stärker als bei gebeugtem Handgelenk, so hat man es mit einem Simulanten zu thun, denn er hat nicht mit der ganzen, ihm zur Verfügung stehenden Kraft gedrückt. Auch der normale Mensch hat weniger Kraft bei maximal gebeugtem Handgelenk, als bei gestrecktem.

Ein weiteres Symptom, das gerne gewählt wird, um Krankheit vorzutäuschen, ist das Zittern. In solchen Fällen muss man stets die näheren Eigenschaften der Zitterbewegungen feststellen: die Grösse der Oscillationen, die Schnelligkeit des Rhythmus, die Gelenke, welche an der Zitterbewegung betheiligt sind, und jene Gliedabschnitte, welche nur erschüttert werden. Diese Vorerhebungen gehören zur Einleitung. Nun giebt es eine Reihe von Entlarvungsmethoden: Angenommen, es zittern die Finger. Dann fixirt man die Finger bis auf einen, der frei bleibt, und konstatirt, ob dieselbe Zitterform auch an dem nun isolirten Finger sich offenbart und ob er überhaupt zittert. Ist das Zittern durch willkürliche Innervation erzeugt gewesen, so wird sich dies dann herausstellen. Findet man bei der Betrachtung der Muskeln, welche an der Zitterbewegung mitwirken, fascikuläre Kontraktionen oder nur einzelne Muskeln in Bewegung, deren isolirte willkürliche Innervation nicht möglich ist, so hat man es mit wirklichem Zittern zu thun. Weiters lässt man sich das Zittern längere Zeit vorführen, um den Kranken zu ermüden; ändert sich hierbei der vorher festgestellte Typus des Zitterns, werden die Bewegungen grösser, weniger gleichmässig, die Athembewegungen unregelmässig und tiefer, ändert sich die Pulszahl, so sind das alles Zeichen von Anstrengung, die beim willkürlichen Zittern unausbleiblich sind. [Auf Aenderungen der Athmung und Pulszahl würden wir nicht viel geben. Sie sind bei nervösen Menschen ein gewöhnliches Zeichen der steigenden Erregung bei anstrengenden Untersuchungen. Red.]

Grosse Schwierigkeiten macht die objektive Beurtheilung der Frage, ob Schmerzen vorhanden sind, insbesondere lässt sich über den Grad der Schmerzen nicht so leicht eine sichere Feststellung machen. Hat man zu prüfen, ob eine Empfindungsstörung echt ist, so sucht man nach der begleitenden Ischaemie. Besteht dieselbe nicht, so darf man darum die Empfindungsstörung noch nicht ausschliessen. Dann kommt zunächst die Methode der Ueberraschung daran: Man lässt mittels des aufgesetzten Pinsels unvermuthet einen vollen faradischen Strom einbrechen. Ein anderes Verfahren beruht auf der Thatsache, dass die Empfindung eines schwachen Reizes von einem stärkeren Reiz unterdrückt wird: Man berührt mit dem Finger eine beliebige Körperstelle und gleichzeitig sticht man intensiv die anaesthetische; spürt der Untersuchende nur den Stich,

dann spricht das nicht für die angegebene Empfindungsstörung. Thiem streicht bei unterempfindlichen oder unempfindlichen Zonen in grossen Zügen über die Haut, und zwar nach verschiedenen Richtungen, die er sich vom Untersuchten nachher bezeichnen lässt. Er wählt die Strichregion so, dass die unterempfindliche Zone mitten darin ist. Während der wiederholten Striche stellt er es derart an, dass er einmal nur über das begrenzte Gebiet des Empfindungsausfalles streicht, und wusste der Untersuchte auch dann die Richtung anzugeben, ob der Strich gerade, quer oder schief verläuft, dann hatte er sich verrathen. Ergiebt sich eine anaesthetische Zone genau entsprechend dem Verbreitungsbezirke eines peripheren Nerven, so sind Zweifel schlecht angebracht. Die weiteren Ausführungen, die sich auf die ebenfalls recht beliebte Simulation des Romberg'schen Phaenomenes, der gesteigerten Reflexe, sowie des Schwindels beziehen, bieten kaum etwas, das bei den Lesern dieser Zeitschrift nicht als bekannt vorausgesetzt werden dürfte. —y.

Zur Pathologie der traumatischen Affektionen des unteren Rückenmarksabschnittes. Das Gebiet des Epiconus.

Von Dr. L. Minor.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. 19, Heft 5—6.)

Die Symptome der Conus-Erkrankung bestehen vor Allem in einem völligen Fehlen von Lähmungen der unteren Extremitäten, sodann in Lähmung der Blase, des Rectums und der Sexualsphäre und in der typischen sattelförmigen Anästhesie. Dabei ist vorausgesetzt, dass man entsprechend Raymond's Vorschlag unter conus die Partie des Rückenmarks von der Austrittsstelle der 3. Sakralwurzel bis zum Anfang des Filum terminale versteht.

M. hat nun einen beständigen und charakteristischen Symptomenkomplex seitens einer unmittelbar über dem conus liegenden Rückenmarkspartie gefunden, nämlich zwei negative Symptome (Integrität der Sphincteren und der Kniereflexe), von positiven Erscheinungen Lähmungen seitens des plexus sacralis, vor Allem ausnahmslos und vorwiegend des n. peroneus, so dass der Gang die Form der Steppage annimmt, dabei nicht selten ausgesprochene Alteration der Sensibilität, der elektrischen Erregbarkeit und der Ernährung im Peroneusgebiet.

Die untere Grenze für den in Betracht kommenden Rückenmarksabschnitt wird bestimmt durch die Affektion der Peronei, die obere durch das Intaktsein der Patellarreflexe. Er liegt also zwischen dem 4. Lumbal- und der 3. Sakralwurzel, und mit Vermeidung der Benutzung des Wortes sakral oder lumbal wird er epiconus getauft.

Einige Krankheitsgeschichten zeigen diesen eigenartigen Symptomenkomplex der dicht oberhalb des conus gelegenen cirkumskripten Läsion des Rückenmarks und werden andern ähnlichen Fällen gegenübergestellt, die als subdurale traumatische Blutungen im entsprechenden Wurzelgebiet (Ueberwiegen der Schmerzen, Störungen aller Arten der Empfindung, einseitiger Charakter des Leidens, Fehlen des Brown-Séquardschen Typus) aufgefasst werden. Ein pathologisch-anatomischer Befund steht noch aus. Uebrigens macht Verf. noch darauf aufmerksam, dass manche Beobachtungen aus der Literatur ebenfalls als Epiconusaffektionen gedeutet werden können.

In allen 6 vom Verf. mitgetheilten Fällen war ein Trauma im Lumbaltheile der Wirbelsäule (Sturz aus der Höhe) vorhergegangen; darnach akuter Beginn des Leidens mit paraplegia inferior, vielfach Blasenstörungen und heftigen Schmerzen; die Symptome besserten sich recht bald und machten obigem Krankheitsbilde Platz. Ernst Schultze.

Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des unteren Rückenmarksabschnittes.

Von Dr. L. R. Müller.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., Bd. XIX, Heft 5—6.)

Schon in seiner früheren, bekannten Arbeit hatte M. in einem Falle die Diagnose traumatischer Conusaffektion gestellt. Inzwischen war der Mann an Lungentuberkulose gestorben, und der bei der Sektion erhobene Befund (vollständige Zertrümmerung des Rückenmarks vom 4. Lenden- bis zum 4. Sakralsegment) bestätigte vollauf die Diagnose. Diese war damals gestützt auf die Lokalisation der Wirbelaffektion (Vorspringen des processus spinosus des ersten Lendenwirbels), Intaktsein der in dieser Höhe noch im Wirbelkanal verlaufenden Wurzelfasern des n. cruralis und n. obturatorius, auf Blasen- und Mastdarmstörungen, Lähmung der Unterschenkel und der Glutaealmuskulatur, auf die eigenartige Sensibilitätsstörung (beide Füsse bis zu den Malleolen, Aussen- und Hinterseite der Unterschenkel vollkommen anästhetisch, ebenso schmaler Streifen an der Hinterseite des Oberschenkels, der Damm und eine ovale Zone um den Anus — in anderen Partien wie am Scrotum, Penis und an der Innenfläche der Unterschenkel Hypästhesie mit Analgesie und Thermanästhesie), ferner auf völliger Aufhebung der Patellarreflexe bei erhaltener Quadriceps-Funktion. U. a. sprachen auch das ständige Fehlen von sensiblen Reizerscheinungen, die grobfibrillären Zuckungen des Quadriceps zu Gunsten einer Rückenmarksaffektion, während andere Symptome mit der Annahme einer Caudakompression nicht unvereinbar waren.

Der allerunterste Abschnitt des Rückenmarks, der den beiden Coccygealsegmenten entspricht, war wohlerhalten, und das erklärt die eigenartige Beobachtung, dass der Patient trotz incontinentia alvi et urinae noch potent war; den Hintersträngen entsprechende Fasern hatten sich in dem Narbengewebe neu gebildet, und diese vermittelten die Verbindung mit dem Gehirn.

Verf. fügt noch einige weitere interessante Beobachtungen an. Eine macht es wahrscheinlich, dass das Centrum des Tibialis anticus noch über dem der Beuger des Unterschenkels (biceps, Semimuskeln) liegt; jedenfalls ist es viel höher zu lokalisiren, als die Ganglienzellen für die Plantarflektoren des Fusses und der Zehen. Hier sprach der Mangel an Reizerscheinungen der sensiblen Nerven, die Aufhebung des Gefühls für Schmerz- und Temperatureindrücke an einer umschriebenen Stelle bei erhaltener Tastempfindung, die Anordnung der Muskellähmungen, der Rückgang der anfänglich weit verbreiteten Lähmungserscheinungen für eine spinale Affektion und gegen eine Läsion der Cauda.

Bei Gelegenheit eines weiteren Falles weist Verf. darauf hin, dass Traumen, welche die Wirbelsäule von unten her in ihrer Längsachse treffen, wie Sturz auf das Gesäss oder auf die ausgestreckten Füsse, besonders häufig zu einer keilförmigen Infraktion des ersten Lendenwirbels führen; der zertrümmerte Wirbelkörper springt mit seiner breiten Fläche in den Wirbelkanal vor und drückt dessen Inhalt zusammen. Dass in einem Falle der Analreflex (Kontraktion des sphincter ani und levator ani) erhalten war, beweist, dass der allerunterste Theil des Rückenmarkes erhalten geblieben ist, wie das thatsächlich meist bei der Kompressionsfraktur des ersten Lendenwirbels der Fall zu sein pflegt. Ernst Schultze.

Ueber das Verhalten der Patellarreflexe bei hohen Querschnittsmyelitiden.

Von Rudolph Bálint.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XIX. Heft 5 u. 6.)

Die Bastian'sche Lehre, nach der vollständige Querläsionen im oberen Dorsal- bezw. Cervikalmarke schlaffe

Lähmung und Fehlen der Reflexe verursachen, steht in vollem Widerspruche zu unseren bisherigen Anschauungen. Es ist daher die Frage berechtigt, ob sich das Fehlen der Reflexe nicht auf andere Weise, durch irgend eine die Querschnittsläsion begleitende Komplikation, welche die Bahnen der Reflexe unterbricht, erklären lässt. In der That fand Verf. in einem selbst beobachteten Falle Degeneration in den Nervenwurzeln gerade da, wohin wir den Weg der Reflexe verlegen, ohne sich dabei zu verhehlen, dass dieser Befund sich nicht vollständig deckt mit dem Reflexverlust.

Verf. hebt hervor, dass die Fälle, welche hauptsächlich die Lehre von Bastian und Bruns stützen, nicht völlig einwandsfrei sind; entweder war die anatomische Untersuchung mangelhaft, indem sie nicht Ganglienzellen, Nervenwurzeln, Nerven oder Muskeln berücksichtigte, oder es war die Reflexbahn nicht intakt, oder die Krankheitsdauer war zu kurz, so dass noch der Shok, den das Nervensystem durch das Trauma erlitten hatte, das Ausbleiben der Reflexe erklären kann.

Sodann giebt es Fälle mit Erhaltensein oder gar Steigerung der Reflexe, wo die vollständige Unterbrechung des Rückenmarks anatomisch nachgewiesen ist. Ferner hat man schlaffe Lähmung und Erloschensein der Reflexe beobachtet bei nicht totaler Unterbrechung. Thierexperimente haben schliesslich dargethan, dass nach einfacher, glatter Durchschneidung des Rückenmarks die Reflexe auslösbar oder gar gesteigert sind.

Hieraus folgt, dass bei dem Menschen sowohl wie bei den Thieren die Unterbrechung der Rückenmarksbahnen nicht unbedingt bewirkt, dass die Lähmung der Unterextremitäten schlaff wird und dass die Reflexe ausbleiben; hingegen ist es sicher, dass sich bei ähnlichen Läsionen des Rückenmarks sehr oft, wir könnten sagen, in den meisten Fällen, Komplikationen einstellen, welche durch Einwirkung auf die Reflexwege das Ausbleiben der Reflexe hervorrufen.

Hier ist zu erwähnen der Shok (die Erschütterung des Nervensystems oder die durch den Entzündungsheerd im Rückenmark bewirkte Zirkulationsstörung mit dem wahrscheinlich bestehenden kollateralen Oedem), welcher direkt nach der Verletzung und vorübergehend (bis zur Dauer von 18 bis 20 Tagen und mehr) die Reflexe authebt. Jene Störung der Zirkulation kann aber anhalten und zu organischen Veränderungen führen; oder Druckzunahme der cerebrospinalen Flüssigkeit (Degeneration der Hinterwurzel) oder Affektionen der Rückenmarkshäute bewirken den späteren Verlust der Reflexe. Eine Möglichkeit ist auch die, dass die Erkrankung des Reflexbogens nicht von der primären Läsion des Rückenmarks abhängt, sondern mit ihr parallel geht.

Schliesslich zieht Verf. zur Erklärung des Ausbleibens der Reflexe noch die Verbindung der Vorderhornzellen mit dem Kleinhirn in Betracht. Er sagt: die Trennung der Nervenzellen von den cerebellaren zentrifugalen Bahnen verringert den Tonus der Nervenzellen und so auch der Muskeln und beeinflusst dadurch den Ablauf der Reflexfunktionen ungünstig. Unter solchen Umständen genügt dann eine gerade in diesen Fällen häufige, auch weniger intensive sekundäre Erkrankung des Reflexweges, um die Reflexfunktion vollständig aufzuheben.

Ernst Schultze.

Vergiftungen.

Mittheilungen über eine familiäre Kupfervergiftung.

Von Dr. Böhm-Friedrichroda.

(D. Med. Wochenschr. 1901. No. 30.)

In der immer noch schwebenden Frage, ob es eine chronische bezw. subacute Kupfervergiftung giebt, liefern die Beobachtungen B.'s einen beachtenswerthen Beitrag.

In einer Familie erkrankten kurz nach Weihnachten zwei Mitglieder an Mattigkeit, Gliederreissen, Kollern im Leibe, Verstopfung. Zunächst wurde der übliche Magenkatarrh nach Feiertagen angenommen. Aber unter den von diesem Gesichtspunkte aus zweckmässigsten Verordnungen wurde es schlimmer statt besser. Die Erkrankten bekamen ein quälendes Würgen, Ekel vor allen Speisen, eine schmutzig gelbe Gesichtsfarbe. Magenspülung beförderte eine mit gelbgrünen Flocken vermischte Flüssigkeit heraus. Nach kurzer Zeit musste sich auch die Hausfrau unter sehr ähnlichen Erscheinungen, zu denen noch eine skorbutische Zahnfleischerkrankung trat, legen, schliesslich erkrankte das Dienstmädchen auch noch. Den Patienten ging es immer schlechter.

Alle Möglichkeiten wurden in Betracht gezogen: Bleivergiftung, Kupfervergiftung, Trichinose — aber die sorgfältigsten Untersuchungen ergaben keinen Anhaltspunkt. Schliesslich wurde der Küchenofen abgerissen und da fand sich denn in dem Warmwasserbehälter, der an der Wand über dem Ofen angebracht war, ein kupferner Schwimmer, der vor wenigen Wochen erst neu und angeblich gut verzinnt angeschafft worden war, völlig mit Grünspan bedeckt.

Eine mehrmonatliche Kur in einer Heilanstalt verschaffte den Erkrankten völlige und dauernde Genesung.

Verf. nimmt an, dass das nachweislich, und zwar entgegen den sonstigen Gepflogenheiten der Familie, von dem Dienstmädchen beim Kochen sehr oft dem Warmwasserbehälter entnommene Wasser auf diese Weise der Träger einer Kupfervergiftung geworden ist, die sich natürlich nicht bessern konnte. ehe die Schädlichkeit entfernt war. Er betont die Aehnlichkeit der Kupfervergiftung mit der Bleivergiftung und räth in ähnlichen Fällen zu der von ihm leider versäumten chemischen Untersuchung der Magenspülflüssigkeit.

Ein Fall von Coma in Folge von Karbolumschlägen auf die unverletzte Haut.

Von Douglas-Crawford.

(The lancet, 6. April 1901.)

Es sind nur wenige Fälle bekannt, bei welchen Karbolsäure durch die unverletzte Haut des Körpers aufgesogen ward und zu Vergiftungserscheinungen führte. Zu diesen interessanten Fällen gehört auch der hier beschriebene.

Ein fünf Jahre altes Mädchen wurde in das Stanley-Hospital in Liverpool aufgenommen, weil es an x-Beinen litt und operirt werden sollte. Mehrere Stunden vor der Operation sollten die Beine gereinigt und mit von Karbolsäure durchtränkten Tüchern bedeckt werden; dies geschah auch. Die Karbolsäurelösung hatte eine Stärke von 1 zu 40. Einige Stunden später fand man die kleine Patientin in comatösem Zustand, die Haut war blass, feucht und kalt, die Muskulatur erschlafft, das Kniescheiben-Phänomen fehlte. Auch die Cornea reagirte kaum merklich auf Berührung durch Bewegung der Lider. Die Pupillen waren leicht erweitert und reagirten auf Licht. Die Temperatur war abnorm niedrig, die Lunge war einwandsfrei, die Herzthätigkeit aber sehr geschwächt. Der Puls war sehr klein, kaum fühlbar und erreichte 180 Schläge in der Minute. Der Urin zeigte bald grüne Verfärbung und hohes specifisches Gewicht. Nach Beseitigung der Karbolsäure und reichlicher Anwendung excitirender Mittel besserte sich langsam der bedrohliche Zustand. Aber erst nach etwa 24 Stunden befand sich die Kranke, abgesehen von Blässe und beschleunigtem Puls, wieder wohl. Zu ihrer völligen Wiederherstellung brauchte sie mehrere Tage, inzwischen

konnte man in dem Harn immer noch Karbolsäure nachweisen. In der englischen Literatur scheinen nur noch drei ähnliche Fälle bekannt zu sein, bei denen die angewandte Karbolsäurelösung (1 zu 20) stärker war als die hier beschriebene. Bei allen Fällen zeigten sich als gemeinsame Symptome die Blässe der Haut, Schläfrigkeit, welche zum Coma übergeht, beschleunigter sehr schwacher Puls, starke Schweissabsonderung, Erbrechen, Herabsetzung oder Fehlen der Reflexe, ausgenommen den Pupillarreflex auf Lichteinfall, Unempfindlichkeit der Cornea. Trotz der schweren Erscheinungen ist in allen Fällen Genesung eingetreten, sodass man die Prognose als eine gute ansehen kann.

Franz Meyer-Berlin.

Ueber Nebenwirkungen des Orthoforms.

Von Dr. Gaston Graul-Würzburg.
(Deutsche med. Wochenschr. 1901. No. 21.)

Unter Anerkennung der vorzüglichen heilsamen Eigenschaften des Orthoforms betont Verfasser, wie irrig es war, dieses Mittel als völlig ungiftig zu bezeichnen. Er erwähnt die Hautentzündungen, die sich theils örtlich beschränkt, theils auf den ganzen Körper verbreitet, in jeder Form, bis selbst zur oberflächlichen brandigen Zerstörung an Orthoformgebrauch anschliessen können, und insbesondere die neuerdings in den Therapeutischen Monatsheften veröffentlichten Fälle mit schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens (Gumbinner, Ruhemann, Friedländer). Nicht zu übersehen ist, dass bisher solche Giftwirkungen nur nach äusserer Anwendung des Orthoforms aufgetreten sind.

Verfasser selbst theilt einen Fall mit, in dem nach Auflegen von Orthoform in zehnprozentiger Salbe auf eine kaum pfenniggrosse Brandstelle ein trotz raschen Aussetzens des Orthoforms auf den ganzen Körper übergehendes akutes Exzem gebildet hat. Dasselbe ging auf Naftalan zurück. Das Allgemeinbefinden blieb unversehrt.

Ueber Vergiftungserscheinungen in Folge innerlichen Gebrauchs von parfümirtem Glycerin.

Von Dr. Hünerfauth-Eisenach.
(D. med. Wochenschr. 1901, No 28.)

H. theilt eine Selbstbeobachtung mit. Nach Einspritzung von 5 g Glycerin in den After zum Zwecke der Stuhlentleerung und nach prompter Wirkung des Mittels trat erst ein Gefühl von Völle im Magen, dann, etwa 10 Minuten später, enormes Herzklopfen und Angst-, ja Vernichtungsgefühl ein. Der Puls schwankte von 96—140 in der Minute. Die Stimme wurde matt, die Enden der Gliedmassen eisig. Verschiedene Herzanregungsmittel (?) halfen nicht. Nach schwarzem Thee trat Erbrechen und Erleichterung ein. Der Schlaf blieb aber für diese Nacht unruhig und unterbrochen.

Eine Ursache des Zustandes konnte H. sich nicht denken. Einige Wochen später folgte auf eine neue Glyceringabe derselbe Zustand, nur milder. Bemerkenswerth war unmittelbar nachher eine starke Vermehrung der Harnentleerungen und der Harnmenge, ohne abnorme Bestandtheile.

Denselben Zustand hatte eine Dame durchzumachen, die sich Glycerin aus der gleichen Quelle eingespritzt hatte.

Das Glycerin selbst konnte diese plötzliche Vergiftung nicht bewirkt haben, arsenhaltig war es, wie die Untersuchung ergab, auch nicht. Wohl aber hatte der Drogist, von dem es bezogen war, ihm, damit die Damen es auf ihren Toilettentischen recht lieb haben sollten, auf je 5 kg 10 g starkes Maiglöckchenextrakt zugesetzt. Das ganze Krankheitsbild erklärt sich damit als eine Konvallaria-Vergiftung.

Gynäkologie.

Ueber die forensische Bedeutung der gynäkologischen Untersuchung.

Von Dr. Calmann.
(Verhdl. d. geburtsh. Ges. in Hamburg im Centralbl. f Gyn. No. 20, 1901.)

Der Vortrag ist ein Auszug aus den Untersuchungen des Verf. im Arch. f. Gyn. B. 55/2 und in der Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. B. 3 F. B. XVII und weist besonders darauf hin, dass in Folge der mangelhaften Sensibilität an den weiblichen Genitalien eingeführte Gegenstände, also auch Sondirungen des Uterus, Katheterisiren, Skarifikationen nicht erkannt werden, ebenso dass auch Verletzungen der Scheide durch den untersuchenden Finger geschaffen werden können, von denen die Frauen keine Ahnung haben.

In der Diskussion zu dem Vortrage citirt Jaffé einige Fälle aus der Literatur, in denen Aerzte von Patientinnen, die sie nur gynäkologisch untersucht hatten, wegen Vornahme unzüchtiger Handlung denunzirt und verurtheilt worden sind. Man solle deshalb Brouardel folgen, der rathe, niemals eine weibliche Person, vor Allem keine hysterische, ohne Zeugen zu untersuchen oder zu narkotisiren.

Schwarze.

Ein Fall von Gangraen der beiden unteren Extremitäten im Wochenbette.

Von Dr. Em. Mandl-Wien.
(Wiener medizinische Wochenschrift No. 27—28, 1901).

Fälle von Gangraen im Wochenbette gehören zu den seltenen Ereignissen, die aber gelegentlich forensische Bedeutung erlangen können. In dem von Verf. beschriebenen Falle kam es freilich nur indirekt zu einer gerichtlichen Behandlung des Vorfalles. Der Gatte der von dem unglücklichen Ereigniss betroffenen Frau erhob zwar keine Entschädigungsansprüche, erstattete auch keine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft, die theils versteckten, theils offenen Angriffe des Mannes gegen die ärztliche Reputation aber zwangen Verf. zu einer Ehrenbeleidigungsklage seinerseits, die schliesslich zu seinen Gunsten entschieden wurde. Der Verlauf des Falles selbst war im Kurzen folgender: Es handelte sich um eine gesunde, kräftige Frau, die im Anschluss an eine spontane, durch einen kompleten Dammriss komplizirte, sonst aber normale Geburt ein kleines Puerperalgeschwür acquirirte und am siebenten Wochenbettstage an einer Phlebothrombose des linken Beines erkrankte, zu welcher sich am elften Wochenbettstage eine solche des rechten Beines hinzugesellte. Am dreizehnten Wochenbettstage sind auf beiden Beinen die ersten Zeichen der Gangraen festzustellen, die dann auf dem rechten Beine unaufhaltsam fortschreitet, so dass dieses amputirt werden muss, links dagegen sich auf die grosse Zehe und die Ferse beschränkt. Die Temperatur fällt nach Entfernung der Dammnähte fast bis zur Norm ab und bewegt sich dann bis drei Wochen post partum fast in normalen Grenzen; erst später treten hohe Temperaturen und Schüttelfröste auf, die auf Kosten der Resorption aus dem toten Gewebe zu setzen sind. Bei der Amputation des rechten Beines zeigen sich alle Gefässe, Arterien und Venen vom Fusse an bis zum unteren Drittel des Oberschenkels thrombosirt. Alle übrigen Organe des Körpers, Herz, Abdomen und Lungen, sind intakt. Aus der Geburt lässt sich für diesen Befund kein ätiologisches Moment ableiten, so dass Verf. den Ursprung der Erkrankung in die Schwangerschaft zurückverlegen zu müssen glaubt. Ob die heftigen Bauchkoliken, über welche die Frau in den letzten Wochen der Schwangerschaft zu klagen hatte, irgend einen Anhaltspunkt für jene Annahme abgeben, dürfte sich schwer ent-

scheiden lassen. Bei dem langsamen Verlauf der Gangraen war jedenfalls die Venenthrombose das Primäre; die sekundäre Arterienthrombose auf Embolie zu beziehen, geht bei dem gesunden Herzen nicht an. Gegen eine marantische Thrombose spricht der stets befriedigende Kräftezustand der Patientin. Doch dürfte es bei einer so starken Gangraen, wie sie hier bestand, leicht zu lokalen Veränderungen der Gefässwand selbst kommen; eine degenerirte Stelle derselben genügt ja, um die der Gefässwand zukommende gerinnungshemmende Wirkung aufzuheben, hier die Gerinnung zu unterstützen und einen wandständigen Thrombus entstehen zu lassen, von dem sich dann der autochthone Thrombus in dem verlangsamten Blutstrome, vielleicht unterstützt durch die grössere Gerinnungsfähigkeit des Blutes in puerperio, weiter aufbaut und obturirend wird. —y.

Ueber die Zerreissung des Scheidengewölbes während der Geburt.

Von Kauffmann.

(Centralbl. f. Gyn. No. 23. 1901.)

In beiden Fällen hatte der Körper des Kindes, von denen eins ein Riesenkind war, grosse Verletzungen der vorderen und hinteren Scheidenwand gemacht, bei theilweisem Austritt des Körpers durch die Risse, aber mit intaktem Peritoneum und intaktem Uterus. K. hält die Risse nach Lage der Fälle für spontan entstanden und schliesst sich der Ansicht Freunds an, nach welcher ein Riss des Uterus nur entsteht, wenn der untere Abschnitt desselben fixirt ist. Anderenfalls zerreisst bei gegebenen Bedingungen nicht der Uterus, sondern die Scheide. Schwarze.

Zur Kasuistik der puerperalen Uterusinversionen.

Von Schuhmacher.

(Centralbl. f. Gyn. 1901. No. 23.)

Bei der 22j. I. p., die spontan von einem ausgetragenen Kinde entbunden war, wurde 20 Min. post partum ein auffallend tiefer Stand des Uterus konstatirt und ohne dass manuelle Eingriffe stattgefunden hätten, invertirte sich der Uterus vollkommen mit der an der rechten Tubenecke sitzenden Placenta. Die Reposition gelang nicht sogleich, aber nach einigen Stunden. Schwarze.

Ein Fall von Selbsthilfe bei Fusslage mit Abreissung des Rumpfes und Retention des Kopfes.

Von Ruth.

Es handelte sich um ein 7monatliches frischtotes Kind bei dem der Hals in Höhe des VI. und VII. Halswirbels durch den Zug seitens der Mutter an den Beinen und dem Rumpfe erfolgt war. In früheren Publikationen (vgl. Neugebauer's Statistik) wurde die Möglichkeit derartiger Abreissungen in Abrede gestellt. Schwarze.

Zur Kasuistik der Verletzungen der Scheide sub coitu.

Von Bohnstedt.

Der Riss betraf das hintere Scheidengewölbe einer Neuvermählten und gehört an dieser Stelle zu den seltenen, wie die Literatur ergiebt. Verfasser kommt unter Bezug auf eine Arbeit Warmanns zu dem Schlusse, dass bei diesen Rissen im hinteren Scheidengewölbe die geschlechtliche Erregung der Frau eine Rolle spielt und dass man also gerichtsärztlich mit der Annahme der Nothzucht sehr vorsichtig sein muss, wenn die Risse an dieser Stelle sitzen. Schwarze.

Fünf Fälle von Melaena.

Von Schmorl.

(Gynäkol. Gesellsch. zu Dresden am 18. Okt. 1900.)

In zwei Fällen fand sich im Intestinaltraktus nur fettige Degeneration der Wand der kleinen Blutgefässe, während die bakteriologische Untersuchung negativ war. In zwei weiteren Fällen lagen Geschwüre im Magen und Darm vor. Im fünften Falle war der Grund eine Infektion mit Bacterium coli, welche eine eitrige Entzündung des Ductus choledochus und Thrombose der Pfortader geschaffen hatte.

Derselbe demonstrirte ausgedehnte Blutungen in die Nebennieren Neugeborener. Dieselben waren sehr bedeutend und hält er sie für die Todesursache. Ein Grund für diese Blutungen ist noch unbekannt. Schwarze.

Hygiene.

Ueber Tuberkelbazillen in Milch und Molkereiprodukten.

Von Dr. Lydia Rabinowitsch.

Vortrag, gehalten auf der 19. Jahresversammlung der freien Vereinigung bayerischer Vertreter der angewandten Chemie zu Bamberg.

(Ztschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genussmittel, 1900, H. 12.)

Bei der ungeheuren Verbreitung der Tuberkulose unter den Milchkühen — unter 100 Kühen sind in Preussen 20 bis 25 kranke — und nachdem durch mehrfache Untersuchungen festgestellt worden ist, dass mit Milch von tuberkulösen Kühen diese Krankheit auch auf den Menschen übertragen werden kann, ist es von grosser Wichtigkeit, festzustellen, ob nur die Milch von Kühen, die an Eutertuberkulose erkrankt sind, diese ansteckenden Eigenschaften hat, oder ob auch die Milch von Thieren, die noch nicht erkennbare Zeichen von Erkrankung aufweisen, giftig ist und wie sich die aus Milch hergestellten Produkte, z. B. Rahm, Butter, Margarine u. a. in dieser Hinsicht verhalten.

Vortr. hat deshalb die Milch von Kühen, die noch keinerlei Anzeichen von Tuberkulose erkennen liessen, jedoch auf Tuberkulin reagirten, untersucht, und fand auch in dieser Tuberkelbazillen in grosser Anzahl. Einer gleichen Untersuchung wurde die „Kindermilch" von acht Berliner Molkereien unterzogen und dabei zeigte sich, dass nur in drei Fällen, in denen die Kühe unter regelmässiger Tuberkulinprüfung stehen, die Milch tuberkelfrei war.

Da bei einer Centrifugirung von Milch die Schwindsuchtskeime in den fettreicheren Theil, den Rahm, übergehen, so lag die Vermuthung nahe, dass auch die Butter dieselben in grosser Zahl enthalte; bei den von Vortr. und Andern in verschiedenen Orten gemachten Untersuchungen ergab sich das interessante Resultat, das auch bei der Milchprüfung schon zu Tage getreten war, dass die Gebirgsbutter und diejenige, welche von Thieren stammte, die lange auf der Weide sich aufhalten konnten, also namentlich solche aus kleinen Betrieben tuberkelfrei war, während die Butter aus Gegenden, in denen hauptsächlich Stallwirthschaft getrieben wird, beinahe durchgängig ungesund war.

Aehnlich die Margarine. Auch hier war das aus kleineren Betrieben stammende Produkt öfter gut als das aus grösseren Fabriken. Da man annahm, dass es nur die Milch sei, aus der die Tuberkeln stammen könnten, so brachte man ein neues Fabrikat „Sana" in den Handel, in welchem die Kuhmilch durch Mandelmilch ersetzt war, aber Vortr. hat nachgewiesen, dass auch aus dem andern Bestandtheil der Margarine, dem Rindertalg, bei der geringen Temperatur von 50°, bei welchem es ausgeschmolzen wird, Tuberkelbazillen in diese Kunstbutter gelangen können.

Schlockow.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Medizinische Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 4. Juni 1901.

(D. med. W.)

Herr **Wilms**. Beiträge zur Bauchchirurgie.

a) Ein Fall von Verschluckung eines Gebisses. Die Sondirung lieferte kein bestimmtes Ergebniss. Erst durch Röntgenbestrahlung in bestimmter Stellung wurde ermittelt, dass der Fremdkörper im unteren Drittel der Speiseröhre sass. Die Entfernung gelang nach Eröffnung des Bauches durch Einschnitt in die Speiseröhre.

b) Verletzung der Gekröswurzel. Ein sehr bemerkenswerther Fall. Ein Arbeiter stemmt den frischgeschliffenen Meissel auf einen Knopf seines Anzuges und treibt sich bei einer hastigen Bewegung unversehens das Werkzeug in den Unterleib. Da die Zeichen einer inneren Blutung sich zeigen, wird der Bauchschnitt vorgenommen. Es findet sich ausser einer Durchbohrung des Leberrandes nur eine Verletzung der Gekröswurzel mit Durchtrennung der oberen Gekrös-Blutader. Blutstillung gelang durch Schieber, die drei Tage liegen blieben. Der Kranke genas. Scheinbar besteht hier ein Gegensatz zum Thierexperiment, bei dem die Unterbindung dieses Gefässes brandiges Absterben des ganzen Dünndarms und noch eines Stücks Dickdarm zur Folge hat. Wahrscheinlich war im vorliegenden Falle nicht der Ursprungsstamm der Gekrösvene getroffen, sondern der Theil dicht vor der Bauchspeicheldrüse, welcher bereits von Nebenadern begleitet wird, die später wieder in das Gefäss münden und so den Blutstrom in den peripheren Theilen nicht versiegen lassen.

c) Leberzerreissungen. Neben den Zerreissungen mit unversehrter und denen mit eingerissener Kapsel unterscheidet man als Unterarten noch die einfache Blutbeule unter der Kapsel und die ganz im Inneren gelegene, missbräuchlich sogenannte Leberapoplexie. Die Erfahrungen der Leipziger Klinik mit Leber-Verletzungen sind nicht besonders gut. Von 21 Verletzten starben 4, ehe ein Eingriff versucht werden konnte, bei 4 anderen ergab die Eröffnung des Bauches die Unmöglichkeit segensreichen Eingreifens, bei 5 weiteren wurde tamponirt, aber ohne Hoffnung und ohne Erfolg. Von den 8 übrigen Verletzten genasen nur 4. Vorgestellt wird einer davon, ein Mann, der auf dem Fahrrad in eine Wagendeichsel gefahren war. In der Leber bestand ein glattwandiger Riss von solcher Tiefe, dass W. seine Hand hineinlegen und darin zur Faust ballen konnte. Die Heilung wurde durch Lungenerscheinungen verzögert — bekanntlich können Leberstückchen in die Lunge verschleppt werden. Jetzt besteht noch eine kleine Fistel.

Was die Behandlung betrifft, so sollen alle Risse in das Lebergewebe hinein, bei denen also die umgebenden Gewebswände den Tampon festklemmen, tamponirt, Wundflächen des Randes mit herausgerissenen Gewebsstückchen, bei denen auch der Tampon nur durch Aufnähen befestigt werden könnte, genäht werden.

Medizinisch-Naturwissenschaftliche Gesellschaft in Jena. Sektion für Heilkunde.

Sitzung am 3. Juni 1901.

(D. med. W.)

Herr **Wagenmann.**

a) Exophthalmus pulsans.

W. berichtet über den weiteren Verlauf des früher vorgestellten Falles von pulsirendem Exophthalmus nach Revolverschuss in die rechte Schläfe (8. Jahrg. 1900 dieser Ztschr. S. 144). Nach Unterbindung der grossen Halsschlagader verschwand die Pulsation und die Lähmung der Augenbewegungsnerven. Es trat jedoch zunächst in Folge einer starken Wulstung der Bindehaut ungenügender Lidschluss und eine leichte Hornhauttrübung auf. Zweimal musste operativ der Wulst abgetragen, die Lidspalte verengert werden. Dann nahm allmählich das Vortreten des Auges ohne Pulsation wieder zu, die Hornhaut wurde geschwürig, dann narbig, verdickt und verhornt. Der Augenspiegel gab kein rothes Licht mehr, die Pupille wurde starr, kurz das Auge erblindete völlig. Auf Drängen des Kranken wurde es entfernt. Man fand flache Netzhautabhebung mit Resten von Blutungen dahinter, Glaskörperabhebung und -schrumpfung mit Gefässneubildung und Blutungsresten, beginnendes Glaukom, ringförmiger Narbenwulst zwischen Regenbogenhaut und Ciliarkörper (Staphyloma intercalare).

b) Noma am Auge.

Bei einem sehr jungen Kinde entwickelte sich eine brandige Zerstörung der Lider und der Thränensacksgegend beiderseits. Bekannte krankheitserregende Parasiten konnten nicht ermittelt werden. Das Kind starb.

c) Doppelte Durchbohrung des Auges durch Schussverletzungen.

Interessant ist besonders folgender Fall: Eine Schrotkugel dringt durch das linke obere Lid in den Augapfel ein, nachher besteht völlige Blindheit, Lähmung des Rectus externus, Vortreibung des Augapfels und Gehirnreizung. Die Kugel hat also den Augapfel durchsetzt und ist weiter in die Augenhöhle vorgedrungen. Das Röntgenbild zeigt, dass sie noch in der Tiefe der Augenhöhle, wahrscheinlich in deren Wand, steckt.

Verein der Aerzte in Halle a. S.

Sitzung vom 5. Juni 1901.

(München. med. Wochenschr.)

Herr **Nebelthau:** Phosphorvergiftung durch Phosphorleberthran.

Ein zweijähriges Kind erhält in 60 Stunden sechs Theelöffel Phosphorleberthran (0,01 : 100,0). Schon vor dem sechsten Löffel färbt sich die Haut gelb, der Harn wird „roth". Trotz Aussetzens des Phosphors trat keine Besserung ein, vielmehr verschlimmerte sich nach etwa einer Woche der Zustand. Die Leber erschien vergrössert und sehr druckempfindlich, es traten Streckkrämpfe ein, das Kind starb am selben Tage. Die Leichenöffnung ergab in der Hauptsache Leberverfettung, Darmentzündung mit Blutungen im Dickdarm, Blutungen unter dem Herzbeutel.

Der Phosphorleberthran, von dem das Kind genossen hatte, wurde chemisch sorgfältig untersucht — er hatte vorschriftsmässige Zusammensetzung; ja ein Theil des Phosphors war sogar durch Oxydation unschädlich gemacht.

N. weist darauf hin, dass im Verhältniss zur Maximaldosis des Phosphors die Darreichung einer Lösung von 0,01 : 100,0 an ein zweijähriges Kind eben doch recht bedenklich ist, zumal man nach Kassowitz, der freilich selbst Dosen von 2 mg für unbedenklich hält, bei Behandlung der Rhachitis ja auch mit viel kleineren Gaben auskommt. Die Höchstgabe für Erwachsene beträgt 0,001, folglich wird man einem Kinde doch nicht mehr als den fünften bis sechsten Theil geben dürfen, während im oben geschilderten Falle die Einzeldosis immerhin etwa 0,0005 betrug.

Im Anschluss daran theilt Herr Nebelthau Erfahrungen mit, die er über die Nebenwirkungen von Arsen-Einspritzungen gemacht hat.

Bei Anwendung viertelgrammiger Einspritzungen einer einprozentigen Lösung von Natrium arsenicosum gegen Mykosis fungoides wurde der Kranke schwer blutarm, und die Blutarmuth hielt gleichen Schritt mit Aussetzung und Wiederaufnahme der Arsenkur.

VII. Jahresversammlung des Vereins badischer Bahnärzte.

Am 13. und 14. Juli wurde in Würzburg im Bahnhofshotel die VII. Jahresversammlung des Vereins badischer Bahnärzte abgehalten. Anwesend waren 46 Mitglieder und als Gäste Oberregierungsrath Henn von der badischen Generaldirektion, der Vorstand der Eisenbahnbetriebskrankenkasse Rechnungsrath Zimmermann sowie Herr Bezirksarzt Medizinalrath Dr. Koerber-Würzburg. Die Versammlung wurde am 13. Juli Nachmittags $2^1/_2$ Uhr eröffnet durch den 1. Vorsitzenden Dr. Blume-Philippsburg. Unter der reichhaltigen Tagesordnung war von besonderem Interesse die sogenannte Dresdnersche Angelegenheit. Auf eine Umfrage des Vorstandes der Eisenbahnbetriebskrankenkasse, ob die Kassenärzte mit einer Revision ihrer Rezepte durch den Dr. Dresdner-München, der als ein Spezialist im Arzneiverordnungswesen gelten darf, einverstanden wären, erklärten sich von 192 Kassenärzten 171, also 90 Prozent für Annahme der Revision, dagegen, in theilweise sehr schroffer Form, 19. In der Versammlung stimmten sämmtliche Anwesenden, mit einer Ausnahme, für eine probeweise zu einem Jahr verpflichtende Annahme der Rezeptrevision durch Dr. Dresdner. In der That hat die Kassenvorstandschaft entschieden das Recht, ihre Rezepte auf Verordnungsform prüfen zu lassen und wenn, wie dies den badischen Betriebskrankenkassenärzten in Aussicht gestellt wurde, die Revisionsersparnisse aus unnöthigen Rezeptkosten zur besseren Honorirung der Kassenärzte benutzt werden sollen, so lässt sich von unserem Standpunkt dagegen nichts einwenden. Die Apotheker haben ja ohnedies ungleich viel mehr von der sozialen Gesetzgebung gewonnen als die Aerzte, wenn man hier überhaupt von einem Gewinn reden darf. Nach rascher Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten, — unter anderem wurde einstimmig beschlossen, dass von jetzt ab der Verein badischer Bahnärzte den Namen „Verein badischer Bahn- und Bahnkassenärzte" führen solle, um die Gleichstellung der Kassenärzte mit den Bahnärzten auch äusserlich zum Ausdruck zu bringen — folgte der Vortrag Blumes: Ueber die Nothwendigkeit der Bahnsteigsperre vom bahnhygienischen Standpunkt, der anderweitig im Druck erscheinen wird. Professor Kirschner-Würzburg sprach in anregender, das ganze Interesse der Kollegen fesselnder Weise über Verletzungen des Ohres mit Rücksicht auf den Bahndienst und Hofrath Baierlein-Würzburg erschöpfend und zusammenfassend über Seh- und Farbenprüfung des Eisenbahnpersonals. Abends um 7 Uhr folgte im kleinen Saal des Hutten'schen Gartens das Festmahl mit nachherigem Gartenkonzert und den anderen Vormittag die Besichtigung des Juliusspitals und der prächtigen neuerbauten Augenklinik mit Demonstration verschiedener typischer Krankheitsbilder durch die Kamera.

Der Verein, der zur Zeit gegen 150 Mitglieder zählt, wird — und dies ist grundsätzlich wichtig — von jetzt ab offiziell als der Vertreter der Interessen der Eisenbahnbetriebskrankenkassenärzte anerkannt, ein dankenswerther Schritt des Vorstandes dieser Kasse, der ein erspriessliches und segensreiches Zusammenwirken beider Faktoren für die Zukunft verbürgt.

Dr. Krieger-Koenigsbach.
Schriftführer.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Betriebsunfall oder Gewerbekrankheit.

Rekurs-Entscheidung vom 6. Februar 1901.

Der Bergmann Adolf Sch. war am 3. Februar 1900 im Betriebe der Grube Adolf damit beschäftigt, in knieender Stellung Kohlen zu zerkleinern. Als er sich aus dieser Stellung erhob, verspürte er plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Knie, worauf eine Anschwellung desselben eintrat, die ihm das vollständige Strecken des Beines unmöglich machte. An demselben Tage nahm er die Hilfe des Knappschaftsarztes Dr. R. in Anspruch, der als Ursache der Schmerzhaftigkeit und Anschwellung des Kniees einen Bluterguss in dasselbe nach einer vorherigen Zerrung feststellte. Der Sektionsvorstand lehnte die Gewährung einer Rente ab, weil die Erkrankung des Kniees nicht mit einem Betriebsunfall in Zusammenhang stehe. Auf die Berufung des Sch. hin hat das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der gesetzlichen Entschädigungen verurtheilt, weil durch das plötzliche Erheben aus der knieenden Stellung eine Zerrung des Kniees verursacht worden sei und in dieser Zerrung zweifellos ein Unfall im Sinne des Unf.-Vers.-Ges. gefunden werde. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs ein, jedoch ohne Erfolg. Das R.-V.-A. hatte in einer Entscheidung vom 5. November 1900 betr. die Unfallsache P., in welcher es sich ebenfalls um eine Kniegelenksentzündung handelte, und die beim Schrämen in knieender Stellung eingetreten sein sollte, den Anspruch des Klägers abgewiesen. In diesem Falle war der Verletzte nur einige Tage, vom 25. bis 30. Januar 1898, durch die Entzündung erwerbsunfähig und nahm dann seine Arbeit wieder auf, die er, ohne den Arzt weiter zu Rathe zu ziehen, längere Zeit ununterbrochen fortsetzte. Als dann im Oktober 1899 wieder ein Knieleiden beim Verletzten auftrat, nahm er ärztliche Hilfe in Anspruch und musste mehrere Monate lang behandelt werden. Der vom Kläger behauptete Zusammenhang seines Knieleidens mit der Kniegelenksentzündung vom Januar 1899 ist nicht anerkannt worden, weil beim Bestehen eines ursächlichen Zusammenhanges der Kläger ärztliche Hilfe auch in der Zwischenzeit nicht hätte entrathen und dann in dieser Zeit auch nicht seine Berufsarbeit hätte verrichten können. Im Uebrigen, so führte das R.-V.-A. in der Begründung seiner Entscheidung aus, habe das Knieen während des Verlaufs von einer Viertelstunde die Entzündung nicht hervorgerufen; sie müsse also, wenn sie überhaupt von der Bergmannsarbeit herrühre, durch schon früher erlittene ungünstige Einwirkungen allmählich herbeigeführt worden sein. (Zu vergl. Kompass für 1901 S. 11 Ziffer 1.) Bei der jetzt in Betracht kommenden Unfallsache hat aber das R.-V.-A. einen Betriebsunfall als vorliegend erachtet, weil es sich um einen Bluterguss in das Kniegelenk handele und somit eine plötzliche Verletzung des gesunden Kniees stattgefunden haben müsse. In der Urtheilsbegründung ist ausgeführt:

Den Ausführungen des Schiedsgerichts ist beizutreten. Nach dem bedenkenfreien Gutachten des Königl. Kreisphysikus Dr. K. vom 27. April 1900 hat es sich bei dem Kläger um einen Bluterguss in das linke Kniegelenk gehandelt. Schon aus diesem ärztlichem Befunde geht hervor, dass eine plötzliche Verletzung des gesunden Kniees stattgefunden haben muss. Dies bestätigt auch das Ergebniss der Unfalluntersuchung. Danach soll der Kläger am 3. Februar 1900 um 11 Uhr Vormittags bei seiner in knieender Stellung zu verrichtenden Arbeit plötzlich heftige Schmerzen im linken Knie empfunden haben. Die Schmerzen wurden alsbald so stark, dass er die knieende Stellung aufgeben musste und nur noch im Stillstehen seine Thätigkeit fort-

setzen konnte. Am Schlusse des Untersuchungsprotokolls ist ausdrücklich vermerkt, dass sowohl der Kläger als auch der Hauptzeuge Sch. als zuverlässige und ordentliche Leute gelten. Es liegt also kein Grund vor, ihren Angaben hinsichtlich der Ursache der Schmerzen und der Entstehung der Verletzung zu misstrauen. Demgemäss kann die Annahme, dass bei dem Kläger eine allmählich zur Entwickelung gekommene Erkrankung des Kniees, das heisst eine sogenannte Gewerbekrankheit vorliege, nicht als gerechtfertigt erachtet werden, vielmehr spricht nach Lage der Sache die Wahrscheinlichkeit dafür, dass das Knieleiden durch Ueberanstrengung im Betriebe plötzlich hervorgerufen worden ist, mithin sich im Sinne des Gesetzes als ein Unfall beim Betriebe darstellt. Die Beklagte ist daher mit Recht zur Entschädigung verurtheilt, und musste dem Rekurse der Erfolg versagt werden. (Kompass.)

Eine auf Grund irriger Auffassung des Krankheitszustandes rechtskräftig zuerkannte Rente kann bei gleichbleibender Sachlage nicht aufgehoben werden, auch wenn der Irrthum nachträglich erkannt wird.

Rekurs-Entscheidung vom 28. März 1901.

F. J. zu B. hatte im Brauereibetriebe einen Unfall erlitten. Wegen Quetschung der rechten Hand bezog er zuerst 40 und dann 25 pCt. Rente. Durch Bescheid vom 9. Dezember 1899 wurde die Rentenzahlung eingestellt, da eine wesentliche Arbeitsbeschränktheit nicht mehr vorliege. Die Berufung des Verletzten wurde vom Schiedsgericht auf Grund eines Gutachtens der Direktion der chirurgischen Klinik in E. verworfen. Das Reichs-Versicherungsamt erachtete aber den Rekurs des Verletzten für begründet und verurtheilte die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft zur Weitergewährung einer Rente, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde. Das Reichs-Versicherungsamt geht davon aus, dass eine anderweite Beurtheilung oder auch eine bessere Erkenntniss der Sach- und Rechtslage, sei es auf Seiten der Berufsgenossenschaft, sei es auf Seiten der Sachverständigen, bei im Uebrigen unveränderter Sachlage die Anwendung des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes nicht rechtfertigt. In dem vorliegenden Falle nun ergiebt sich aus dem Urtheile vom 3. Januar 1895 in Verbindung mit dem voraufgegangenen Gutachten des Kgl. Oberwundarztes des städtischen Krankenhauses in B. vom 30. Oktober 1894 mit Bestimmtheit, dass das Schiedsgericht den Eintritt einer Verschlimmerung in der bereits bestehenden Beugestellung der drei letzten Finger an der rechten Hand des Klägers als Folge des Unfalls vom 6. Januar 1894 angenommen und lediglich deswegen die Rente von 25 pCt. der Vollrente zuerkannt hat. Wenn nun auch das Gutachten der chirurg. Universitätsklinik in E. vom 9. Juni 1900 es wahrscheinlich macht, dass die Anerkennung eines derartigen ursächlichen Zusammenhanges der Sachlage nicht entsprochen hat, so ist doch dadurch, dass die Berufsgenossenschaft das vorerwähnte Urtheil hat rechtskräftig werden lassen, zwischen den Parteien formales Recht geschaffen worden. Ein solcher Gestalt entstandenes Recht könnte nur unter den prozessualen Formen des Wiederaufnahmeverfahrens, für welche hier die Voraussetzungen fehlen, wieder beseitigt werden, nicht aber im Rahmen des § 65 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884, mit welchem nach dieser Richtung hin der § 88 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 übereinstimmt. So wenig ein Verletzter die Gewährung einer ihm einmal rechtskräftig aberkannten Rente auf Grund anderweiter ärztlicher Gutachten, mögen dieselben auch überzeugend die irrige frühere Beurtheilung des Falles ergeben, beanspruchen kann, so wenig darf die Berufsgenossenschaft in dem entgegengesetzten Falle die zuerkannte Rente entziehen oder herabsetzen. M.

Augenscheineinnahme und ärztliches Gutachten.

Rekurs-Entscheidung vom 8. Mai 1901.

Gegen ein Urtheil des Schiedsgerichts der Sektion Hannover hatte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft rechtzeitig Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihren Bescheid vom 21. Februar 1900 wiederherzustellen. Sie führt aus, dass das angefochtene schiedsgerichtliche Urtheil keine genügende Begründung für die in demselben ausgesprochene Erhöhung der Rente des Klägers B. aus H. auf 60 pCt. enthalte. Es sei aus den Gründen des Urtheils nicht ersichtlich, weshalb die von dem ärztlichen Sachverständigen vorgeschlagene und in dem Bescheide vom 21. Februar 1901 festgesetzte Rente von 50 pCt. der Vollrente den Kläger nicht ausreichend entschädige. Der Kläger hat die Zurückweisung des Rekurses beantragt und behauptet, noch häufig heftige Schmerzen zu haben und deshalb zu vielen Arbeiten unfähig zu sein. Das Reichs-Versicherungsamt wies die Sache unter Aufhebung der Vorentscheidung an das Schiedsgericht zurück und führte u. A. aus: Die von der Genossenschaft erhobene Beschwerde ist gerechtfertigt. Das schiedsgerichtliche Urtheil beschränkt sich darauf, die Erhöhung der Rente damit zu begründen, dass es auf Grund der Augenscheineinnahme die Ueberzeugung gewonnen habe, die Gewährung einer Rente von 60 pCt. an den durch den Unfall schwer geschädigten Kläger erscheine geboten und gerechtfertigt. Welches Ergebniss der Augenschein gehabt hat, ist weder im Urtheile noch im Sitzungsprotokolle angegeben. Eine Nachprüfung derjenigen Umstände, welche für die Ueberzeugung des Schiedsgerichts massgebend gewesen sind, ist hiernach dem Rekursgerichte nicht möglich. Die Entscheidungsgründe dürfen aber, wenn sie ihren Zweck, die Entscheidung in rechtlicher und in thatsächlicher Beziehung zu begründen, erfüllen sollen, nicht nur das Endergebniss der Prüfung aussprechen, sondern sie müssen erkennen lassen, aus welchen Erwägungen das Gericht zu diesem Endergebnisse gelangt ist. Es hätte demgemäss hier angegeben werden müssen, wie sich der Zustand des Klägers, soweit es sich um die Unfallfolgen handelt, bei der Einnahme des Augenscheins dargestellt hat, und weshalb der Kläger durch die Folgen der erlittenen Verletzung um mehr als die Hälfte in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt ist. Nur bei Angabe dieser die Entscheidung stützenden Umstände konnte vom Rekursgericht nachgeprüft und entschieden werden, ob die Erhöhung der Rente um 10 pCt. gerechtfertigt ist. Es war daher geboten, eine Ergänzung der schiedsgerichtlichen Entscheidung in der angegebenen Richtung herbeizuführen. Deshalb ist das angefochtene Urtheil gemäss § 81 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 aufgehoben, und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Schiedsgericht zurückverwiesen worden. M.

Was beweisen Schwielen an den Händen?

Rekurs-Entscheidung vom 19. März 1901.

Am 12. Juli 1899 erlitt der Häuer Jakob M. V. aus Dunzweiler einen Betriebsunfall, bestehend in Kontusion des Brusttheiles der Wirbelsäule. Die für die Folgen dieses Unfalles gewährte Vollrente wurde durch Sektionsbescheid vom 22. August 1900 auf 80 Prozent herabgesetzt. Auf die Berufung hin hat das Schiedsgericht jedoch wieder die volle Rente zuerkannt, weil nach dem ärztlichen Gutachten und auf Grund des Augenscheines von einer nennenswerthen Erwerbsthätigkeit des M. nicht die Rede sein könne. Der von der Berufsgenossenschaft gegen diese Entscheidung eingelegte Rekurs wurde unter Zuerkennung von 115 Mark aussergerichtlichen Kosten für den Kläger zurückgewiesen. Gründe:

Die Herabsetzung der Vollrente auf eine Rente von 80 Prozent beruht auf der von dem Sanitätsrath Dr. F. in seinem Gutachten vom 15. August 1900 ausgesprochenen Ansicht, dass der Verletzte jetzt im Stande sei, Arbeiten im Sitzen zu verrichten. Das Rekursgericht vermochte jedoch diese Meinung nicht zu theilen; es ist dem Kläger, welcher einen durchaus günstigen Eindruck machte, geglaubt worden, dass er die Stütze, deren er sich beim Gehen und Stehen bedienen muss, auch bei längerem Sitzen nicht entbehren kann, weil sich dann Schmerzen einstellen, und diese Angabe konnte auch durch das neuere Gutachten des Sanitätsraths Dr. F. vom 29. Dezember 1900 nicht als widerlegt erachtet werden. Wenn dieser Arzt Schwielen an den Händen des Verletzten festgestellt hat, so spricht das jedenfalls nicht dafür, dass der Kläger einigermassen andauernd gearbeitet hat; die Schwielen lassen sich auch mit dem Privatdozenten Dr. P. zu München, der sich vor dem Schiedsgericht hierüber ausgesprochen hat, sehr wohl ganz auf die Benutzung von Stöcken zurückführen. (Kompass.)

Aus dem Kammergericht.

Ein Rivale Röntgens.

Entsch. v. 17. Juni 1901.

Der Heilkundige Sch. war angeschuldigt worden, sich unbefugt den Titel Professor bezw. einen arztähnlichen Titel beigelegt zu haben. Sch. hatte in Inseraten sein Oscillationsheilinstitut angepriesen und sich bei dieser Gelegenheit als Professor bezw. Professor an der Hochschule für Magnetismus und Massage zu Paris bezeichnet; der zuletzt erwähnte Zusatz soll in kleinen Buchstaben gedruckt gewesen sein. Das Schöffengericht sowohl wie die Strafkammer zu B. verurtheilten den Angeklagten auf Grund des § 147 (3) der Gewerbeordnung und des § 360 (8) des Strafgesetzbuchs zu Geldstrafen. Diese Entscheidung focht Sch. durch Revision beim Kammergericht an und bestritt, sich strafbar gemacht zu haben. Er habe nicht veranlasst, dass jener Zusatz in kleinen Buchstaben gedruckt worden sei. Ferner aber habe er sein Diplom als Professor von der staatlich konzessionirten Hochschule in Paris erhalten, nachdem er einen Vortrag gehalten und eine Ausarbeitung eingereicht habe. Er werde als Begründer der Oscillationsheiltheorie im Auslande hoch geschätzt, im Vaterlande gelte er, wie alle Propheten, nichts. In Italien sei er ebenso ausgezeichnet worden, wie der Entdecker der Röntgenstrahlen. Die Schulmedizin bekämpfe er bis aufs Messer und würde es als Beleidigung ansehen, wenn man ihn als eine Medizinalperson bezeichnen würde. Es handle sich hier überhaupt nicht um einen Titel, sondern um eine Auszeichnung. Der Strafsenat des Kammergerichts wies jedoch die Revision des Angeklagten als unbegründet zurück, da der Vorderrichter den § 147 (3) der Gewerbeordnung und § 360 (8) des Strafgesetzbuchs ohne Rechtsirrthum angewandt habe. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kionka, Dr. Heinrich, Priv.-Doz. a. d. Univ. Breslau. Grundriss der Toxikologie mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Therapie. Für Studirende, Aerzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte. Leipzig, Veit u. Co. 1901. 592 S. 11 M.

Die Lehre von den Giften ist ein Gebiet, das für den Arzt ein ungemein vielseitiges Interesse hat. Der Theoretiker wie der Kliniker, der ärztliche Sachverständige und der Hüter der öffentlichen Gesundheitspflege — sie alle haben begründete Veranlassung, recht gut toxikologisch geschult zu sein. Aber dieser Schulung stellt sich ein schlimmes Hinderniss in den Weg: Kein anderes Gebiet der Medizin — höchstens die Bakteriologie ausgenommen — bietet einen so schwierigen Gedächtnissstoff wie die Giftlehre. Wir finden da eine unendliche Fülle von Krankheitsbildern, einander immer theilweise zum Verwechseln ähnlich, und häufig sind wir veranlasst, die ungewohnten Pfade der chemischen Analyse, der systematischen Botanik u. s. w. zu wandeln, um nicht auf Irrwege zu gerathen.

Wer unter solchen Umständen Toxikologie lernen will, der braucht ein Buch, welches in geschickter Gruppirung die Gifte so darzustellen weiss, dass das Gemeinsame wie das Unterscheidende sich dem Leser gleich gut einprägt, dass von den naturwissenschaftlichen Hilfskenntnissen nur das Nothwendige, und dies in leichtfasslicher Form geboten wird, und dass die Darstellung die rechte Mitte zwischen Weitschweifigkeit und Unzulänglichkeit trifft.

Das sind offenbar auch die Gesichtspunkte, von denen aus Kionka's Lehrbuch geschrieben ist, und denen es in erfreulicher Weise gerecht wird.

In einem knappen allgemeinen Theil wird zunächst auseinandergesetzt: Was ist Gift? Unter welchen Bedingungen wirkt es? — Diesen Theil hätten wir uns noch etwas „populärer“ gewünscht. — Was ist das Wesen der Giftwirkung? Wie erkennt? und wie behandelt man Vergiftungen im Allgemeinen?

Dann im Haupttheil richtet sich die Eintheilung, frei von pedantischen Bedenken, ganz nach den oben angeführten praktischen Gesichtspunkten.

Die Gifte sind nach ihrer hauptsächlichen klinischen Wirkung in Gruppen und Untergruppen getheilt. Jeder Abschnitt beginnt mit einer Darstellung dessen, was alle Glieder der betr. Gruppe gemeinsam haben, so dass bei der Schilderung der einzelnen Gifte nur noch die unterscheidenden Merkmale der Wirkung beschrieben zu werden brauchen. Um diesen Grundsatz durchführen zu können, hat es sich aus begreiflichen Gründen als nothwendig erwiesen, die akuten Vergiftungen von den chronischen, die durch gasförmige von denen durch feste und flüssige Körper völlig zu scheiden. Unter den festen und flüssigen scheiden sich ungezwungen die Protoplasmagifte von den Nervengiften, und diese Gruppen zerfallen in 3 bezw. 2 Untergruppen: Aetzgifte und lokalreizende Stoffe, Blut- und Parenchymgifte, Methaemoglobinbildner; Nervengifte i. e. S., Herzgifte. Bei den Gasen werden nur ätzend und resorptiv wirkende getrennt.

Bei dieser Eintheilung kommt denn freilich Schwefelsäure mit Krötengift, Arsen mit den Giftpilzen in eine Gruppe, und das wirkt anfangs etwas befremdlich, aber man merkt beim Lesen, wieviel Erleichterung dem Lernenden durch dieses Prinzip gewährt wird. Nur bei den Metallen hat K. sich nicht entschliessen können, sie auseinander zu reissen, er hat sie allesammt, auch die eigentlich nur ätzend wirkenden, in die zweite Untergruppe gebracht. So nahe das liegt, wirkt es doch etwas verwirrend.

In der fliessenden und anregenden Darstellung und in dem Weglassen alles Ueberflüssigen, besonders aus dem Gebiete der analytischen Chemie und der beschreibenden Naturwissenschaften, genügt das Buch u. E. jedem Anspruch.

Was bringt nun das vorliegende Werk speziell dem ärztlichen Sachverständigen? Dies ist die letzte und nicht die unwichtigste Frage, über die sich der Referent zu äussern hat. Sie kann nur in aller Kürze dahin beantwortet werden, dass den Bedürfnissen des Gerichtsarztes wie des Hygienikers

in ausgiebigster Weise genügt ist. Die Beziehungen der Vergiftungen zum Verbrechen, zu Unfällen, zu gewerblichen Schädlichkeiten, zur Nahrungsmittelhygiene sind mit sorgfältiger Berücksichtigung der Forderungen der Praxis hervorgehoben; über die Erkennung, wie gegebenenfalls die Verhütung der Vergiftungen findet man alles Wissenswerthe in anschaulicher Form dargestellt. (Einzelne in neuester Zeit praktisch wichtig gewordene Stoffe, wie das Paraphenylendiamin, welche bisher unerwähnt gelassen sind, werden sich in künftigen Auflagen leicht einfügen lassen.) Erwähnenswerth ist in dieser Hinsicht noch, dass am Schluss eine Zusammenstellung aller in dem Buche erwähnten Giftfarben gegeben wird.

So wird das Kionka'sche Werk sich als echtes Lehrbuch auf dem schwierigen Gebiete der Giftkunde trefflich bewähren. F. Leppmann.

Stoeckel. Ureterfisteln und Ureterverletzungen. Leipzig. Breitkopf & Härtel 1900. 2,50 Mark.

Die Monographie entstammt der Bonner Klinik und ist deshalb besonders dankbar zu begrüssen, weil die Literatur über diese jetzt wieder häufigen operativen Verletzungen darin mit 345 Nummern berücksichtigt wird. Der Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden werden vier Fälle aus der Bonner Klinik angeschlossen, welche mit Erfolg in der Weise operirt wurden, dass auf abdominalem Wege das renale Ureterende in die Blase implantirt wurde. In einem fünften Falle wurde die Blasenimplantation vaginal gemacht, doch wird ersterer Methode der Vorzug gegeben. Drei weitere Fälle wurden mit Nephrektomie behandelt, welche als leichterer Eingriff, bei alten und schwachen Personen, bei pathologischen Zuständen der Niere, bei malignen Tumoren und bei grossen Defekten des Ureters vorzuziehen ist.

Schwarze.

Bonhöffer, Karl. Ein Beitrag zur Kenntniss des grossstädtischen Bettel- und Vagabondenthums. Eine psychiatrische Untersuchung. Berlin 1900. J. Guttentag. 65 S. 1,50 Mark.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit 404 Individuen, die nach § 361 Z. 4 und Z. 8 Str.-G.-B. zur Verurtheilung gelangt sind, also mit Bettlern und Obdachlosen. Eine Auswahl wurde nur insofern getroffen, als nur die wegen gleicher oder anderer Vergehen mehrfach Vorbestraften ausgesucht wurden. Verf. legte sich die theoretisch und praktisch gleich bedeutsame Frage vor: welcher Art sind die Individuen, die immer wieder der Bettelei und der Obdachlosigkeit verfallen; dabei vernachlässigt er aber keineswegs die äusseren Verhältnisse. Der Untersuchung jedes einzelnen Falles legt er den mitgetheilten Fragebogen zu Grunde, der auf die Verhältnisse des Vaters, der Mutter, der Geschwister, auf den eigenen Lebensgang des betreffenden Individuums, seine körperliche und geistige Beschaffenheit sowie die Zurechnungsfähigkeit Bezug nimmt. Der Bogen enthält nicht weniger als 122 Fragen. Als Eintheilungsprinzip benutzt er das Lebensalter, in welchem bei jedem Einzelnen der soziale Verfall begann. Bei der ersten Gruppe beginnt die Kriminalität vor dem 25. Lebensjahre, bei der zweiten nachher.

In der ersten Gruppe, die vorwiegend aus der Grossstadt stammt, überwiegen die Gelegenheitsarbeiter, obwohl über die Hälfte aller in die Lehre gegangen ist. Die Erziehungsverhältnisse waren meist schlecht, vorwiegend dank der Trunksucht der Eltern. Durchschnittlich beginnt die Kriminalität zwischen dem 17. bis 20. Lebensjahre; bei denen, die eine Lehrzeit durchgemacht haben, tritt sie später ein als bei den anderen. Bei den jüngeren Individuen überwiegen die Bestrafungen wegen Bettelei und Obdachlosigkeit; später ändert sich das Verhältniss wegen des mit den Jahren zunehmenden Alkoholkonsums. Kräftige, gesunde, gut gebaute Individuen sind sehr selten. Ueber die Hälfte hat nicht das volle Pensum der Volksschule erreicht. Nahezu die Hälfte leidet an angeborenen psychischen Defektzuständen; ein weiteres Drittel zeigt erworbene psychische Anomalien, überwiegend auf Rechnung des Alkoholismus. Bei 20 Prozent sind keine Symptome psychischer Anomalie nachweisbar.

Von der zweiten Gruppe, bei der also die Kriminalität nach dem 25. Lebensjahre beginnt, scheiden einige aus, bei denen die Kriminalität direkte Folge der senilen Involution ist. Die Ueberbleibenden stammen der Mehrzahl nach vom platten Land. Alkoholismus der Eltern spielt eine grosse Rolle. Es finden sich gleich viel Tagarbeiter und Handwerker. Die erste Schulklasse wurde von der Hälfte erreicht. Die erste Bestrafung erfolgte meist im Alter von 25 bis 30 Jahren. Mehr als die Hälfte zeigen noch andere Bestrafungen als wegen § 361 Str. G.-B. Auch in dieser Gruppe findet sich eine auffällige Kinderarmuth. Fast alle huldigen dem täglichen Schnapsgenuss. Schlechte körperliche Ernährungsverhältnisse überwiegen; fast zwei Drittel haben nicht gedient. Nach der psychischen Seite hin ist die Hälfte belastet. Etwa ein Viertel zeigt angeborene psychische Defektzustände, 80 Prozent Alkoholismus. Vorzugsweise bei den erblich belasteten Alkoholisten finden sich Eifersuchtswahn, Intoleranz, periodische Trunksucht.

Die zusammenfassenden Betrachtungen des Verfassers sind sehr interessant und lesenswerth. Er erörtert des genaueren den Einfluss der beruflichen und sozialen Stellung der Eltern, der Zuwanderung, der Berufsart. Was den Altersaufbau des gesammten Materials angeht, so ist bemerkenswerth, dass sich mehr als die Hälfte der Individuen in den sogenannten kräftigsten Männerjahren, zwischen 30 bis 45 Jahren, befindet. Nach dem 50. Lebensjahre sinkt die Kurve sehr schnell, was auf die Kürze der Lebensdauer hindeutet. Eine Kurve des Beginns der Kriminalität zeigt drei Erhebungen; die erste (16. bis 20. Jahr) entspricht dem Eintritt in das erwerbsthätige Leben, die zweite (25. bis 30. Jahr) der Altersklasse, in welcher die grösste Zahl erwerbsthätiger Individuen sich überhaupt findet, also dem Zeitpunkt der grössten Konkurrenz; in dem gleichen Sinn wirkt die vermehrte Zuwanderung vom Lande in diesem Alter; die dritte (35. bis 40. Jahr) ist wahrscheinlich auf die Einwirkung des Alkoholismus zurückzuführen. Die Zahl der direkt durch Verletzung oder Erkrankung arbeitsunfähig und zu Bettlern Gewordenen ist verhältnissmässig recht gering. Psychische Anomalien finden sich bei Gefängnissinsassen nicht so häufig wie hier, wo wir in der Mehrzahl endgiltig aus dem sozialen Leben ausgeschiedene Elemente vor uns haben. Trotz der Mangelhaftigkeit der Daten findet sich in 50 Prozent aller Fälle erbliche Belastung mit Psychopathien; hierunter überwiegt bei Weitem der Alkoholismus. Sehr eingehend sind die Ausführungen über Imbecillität und ihre Beziehungen zur vorliegenden Frage, auf die besonders hingewiesen sei; das gilt auch hinsichtlich des Alkoholismus. Auch hier zeigt sich, dass die schweren, sozial besonders gefährlichen und kriminellen Formen des chronischen Alkoholismus sich in der Mehrzahl auf psychopathischem Boden entwickeln. Das individuelle Moment überwiegt unter den Ursachen des sozialen Scheiterns. Bettler und Vagabonden bilden den Sammelort körperlich und psychisch schwach veranlagter Individuen. Sie zeigen erhöhte Morbidität, kürzere Lebensdauer, vermehrte Neigung zum Alkohol, früheres Auftreten von Alterserscheinungen, eine energische

Aussterbetendeuz — damit sind die Forderungen eines kräftigen Ausleseprozesses erfüllt.

Unzweifelhaft geisteskrank im Sinn des § 51 St. G. B. waren 12 Prozent. Bei einer sehr viel grösseren Zahl, mehr als 75 Prozent, liess sich „geminderte Zurechnungsfähigkeit" nachweisen. Indess würde sich an der bisherigen Behandlung der in Betracht kommenden Individuen wenig ändern, auch wenn die „geminderte Zurechnungsfähigkeit" ausdrücklich im Gesetzbuche vorgesehen wäre. Viel wichtiger ist vielmehr auch hier die Frage des Strafvollzugs. Eine gewisse Dehnbarkeit besteht hier schon in Preussen, insofern als psychopathische Individuen der Irrenabtheilung für die Dauer der Strafzeit überwiesen werden können. Das ist aber erst der Anfang.

Kurze Haftstrafen und Unterbringung im Arbeitshaus sind oft werthlos. Die Unterbringung ausgesprochen geisteskranker Individuen in Siechenhäusern mit Detentionszwang, auch ohne das Vorhergehen eines langathmigen Entmündigungsverfahrens, wäre eine wünschenswerthe Neuerung; sie käme für etwa 20 Prozent in Betracht. Ebenso wäre die von Jolly schon vor Jahren vorgeschlagene einfache Asylirung chronischer Alkoholisten auf dem Verwaltungswege erwünscht. Schliesslich würde bei der Behandlung noch die Pädagogik der Defektzustände zu erwähnen sein, die, wenn sie auch recht mühsam und zeitraubend ist, doch durchaus nicht so aussichtslos ist, wie sie Manchem erscheinen könnte.

Die Arbeit schneidet viele wichtige und interessante Fragen an. Von ihrem reichen Inhalt kann selbst das vielleicht zu gross gerathene Referat kein vollkommenes Bild geben. Daher sei die Lektüre des Originals bestens empfohlen.

Ernst Schultze.

Abel, Rudolf, Dr. Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten. 6. Aufl. Würzburg, Stubers Verlag. 1901. Preis 2 Mark.

Nur $1^1/_2$ Jahre nach dem Erscheinen der fünften Auflage liegt uns schon die sechste vor, in Ausstattung und Anordnung des Stoffes ihren Vorgängerinnen gleich. Wenn sich das Werkchen schon früher durch Kürze und Schärfe des Ausdruckes auszeichnete, ist es Verfasser in dieser Auflage gelungen, die Präzision soweit durchzuführen, dass der Umfang des Büchleins trotz wesentlicher Vermehrung des sachlichen Inhalts sich nur um wenige Seiten vergrössert hat. Ursprünglich für den Anfänger geschrieben, wird das Taschenbuch doch auch vermöge der vielen praktischen Winke und Vorschriften demjenigen von grossem Nutzen sein, der gezwungen ist, seine bakteriologischen Untersuchungen ohne grosses Laboratorium auszuführen.

Schlockow.

Gebührenwesen.

Die Kreisärzte sind zur unentgeltlichen Behandlung der im unmittelbaren Dienst des Staates gegen Entgelt vollbeschäftigten Personen ohne Beamtenqualität nicht verpflichtet.

Runderlass des Ministers der u. s. w. Medizinalangelegenheiten, der Finanzen und des Innern vom 9. Juli 1901 an sämmtliche Königliche Regierungspräsidenten.

Nach No. 1 b des Staatsministerialbeschlusses über die Krankenfürsorge für die im unmittelbaren Dienste des Staates gegen Entgelt vollbeschäftigten Personen ohne Beamteneigenschaft soll diesen Personen in Krankheitsfällen der nachgewiesene Aufwand für Arzt und Arznei bis zu einem Viertel des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter als Unterstützung gewährt werden, sofern nicht ärztliche Behandlung und Arznei unmittelbar gewährt wird. Es ist in Frage gekommen, ob die ärztliche Behandlung der vorstehend bezeichneten Personen in Krankheitsfällen den Kreisärzten unentgeltlich oder gegen Gewährung einer festzusetzenden Entschädigung übertragen werden kann. Eine unentgeltliche Behandlung kann den Kreisärzten nicht zugemuthet werden, da diese Thätigkeit nicht zu ihren Dienstobliegenheiten gehört; aber anderseits ist darauf hinzuweisen, dass in Ermangelung anderweitiger Vereinbarung die nicht vollbesoldeten Kreisärzte im Falle der Uebertragung der Behandlung in gleicher Weise, wie auch die nicht beamteten Aerzte, nur die niedrigsten Sätze der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 zu liquidiren berechtigt sind und dass den vollbesoldeten Kreisärzten diese Thätigkeit, welche den Charakter der Privatpraxis trägt, gemäss § 3 des Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. September 1899, soweit sie ihnen nicht als Nebenamt ausdrücklich gestattet wird, überhaupt untersagt ist.

Tagesgeschichte.

Sachverständige bei den Schiedsgerichten.

Die durch das vorjährige Gewerbeunfallgesetz angeordnete Institution der ärztlichen Sachverständigen bei den Schiedsgerichten wird in der Fachpresse recht verschieden beurtheilt, und ihre Durchführung hat bereits lebhaften Widerspruch erfahren.

In der „Arbeiterversorgung" lobt Julian Markuse das Prinzip, aus dem heraus verhindert ist, dass ein Arzt, *der zu einer Berufsgenossenschaft in einem Vertragsverhältniss steht,* ständiger Gutachter beim Schiedsgericht wird. „Der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft kann bei grösstmöglichster Befleissigung von Objektivität immer, sagen wir unbewusst, in die Lage kommen, die Interessen der Genossenschaft in erster Linie wahrzunehmen." Ausserdem könnte es sonst vorkommen, dass derselbe Arzt in zwei Instanzen als Sachverständiger fungirte. Um so mehr bedauert er es, dass vielfach ein vertrauensärztliches Verhältniss in Wirklichkeit besteht, welches nur nicht verbrieft ist. Er hält es für nothwendig, dass in solchen Fällen die massgebliche Instanz die Lücke des Gesetzes durch seine Ausführung überbrückt.

Georg Haag dagegen lässt sich in der Monatsschrift für Unfallheilkunde dahin aus: grade die Ausschliessung der Berufsgenossenschaftsärzte sei ein Zugeständniss an eine nicht begründete Voreingenommenheit. Das Vorurtheil der Arbeiter gegen diese Aerzte beruhe zumeist nicht auf dem Verdacht der Befangenheit, sondern auf der Furcht vor dem Sachverständniss.

Recht lehrreich ist eine Zusammenstellung der Meinungen Verschiedener über die bisher erfolgte Auswahl der Schiedsgerichtsärzte. Thiem hat es auf dem Aerztetage zu Hildesheim scharf getadelt, dass die Aerztekammern nicht vor der Besetzung der Schiedsgerichtsarzt-Stellen gehört worden, und dass „fast ausschliesslich" Medizinalbeamte zu Sachverständigen berufen worden seien. (Wir entnehmen den Ausdruck „fast ausschliesslich" dem Bericht unseres Berichterstatters Dr. O. Mugdan.) Mit dieser Ausschliesslichkeit scheint es freilich nicht so schlimm zu sein. Wenigstens wissen wir, dass sie in Berlin nicht besteht, ferner berichtet Haag, dass bei den acht Schiedsgerichten Bayerns nur vier Kreis-Medizinalräthe ange-

stellt sind, und Markuse, dass in Mannheim unter sechs Sachverständigen einer, der Bezirksarzt, beamtet ist. Von dem Eingreifen der Standesvertretungen will Markuse gar nichts wissen, indem er sagt: Für repräsentative und soziale Fragen des Aerztestandes sind dies die richtigen Fora, aber ob Jemand sich zum Unfallgutachter eignet, das können sie nicht beurtheilen. Mit besonderer Schärfe wendet er sich dagegen, dass die zwei chirurgischen Sachverständigen des Schiedsgerichts in Mannheim gleichzeitig die fast alleinigen Vertrauensärzte beinahe aller dortigen Berufsgenossenschaften sind. Haag beklagt sich, dass ein Theil der bayerischen Schiedsgericht-Sachverständigen nicht solche sind, denen auf dem Gebiete der Sozialmedizin genügende Superiorität zukommt, und dass sie, die Kläger nur als bedauernswerthe Opfer ansehend, die Unfallfolgen überschätzen oder zuviel mit „Möglichkeiten" rechnen. Uebrigens hätten grade die Kreis-Medizinalräthe, nicht etwa vermöge ihres Amtes, sondern vermöge ihrer Erfahrung, sich als die vorzüglichsten Gutachter bewährt. Schliesslich verlangt er eine einheitliche Regelung der Sachverständigenthätigkeit bei den Schiedsgerichten und Auswahl nur solcher Gutachter, die bereits in Ausübung des versicherungsrechtlichen Medizinalwesens entsprechend erfahren sind.

Die Zusammenstellung der einander so schroff gegenüberstehenden Meinungen Haags und Marcuses zeigt am besten, dass beide, so bemerkenswerth sie auch sind, an Einseitigkeit leiden.

Verfehlt ist es sicher, das Misstrauen der Versicherten gegen die Aerzte der Berufsgenossenschaften in Bausch und Bogen als Unsinn oder eine Art Schuldbewusstsein aufzufassen, weil es feststehe, dass das wahre Interesse der Berufsgenossenschaft nicht in unberechtigter Versagung von Renten liegt. Wer viel Rentensachen verschiedener Berufsgenossenschaften sieht, der findet bestätigt, was sich a priori vermuthen lässt: dass die Aufgabe der Genossenschaft oft in erfreulich weiter Auffassung, manchmal aber auch einigermassen engherzig von den ausführenden Organen aufgefasst wird, und dass es Genossenschafts-Aerzte giebt, die Simulation und Uebertreibung auch da zu erkennen meinen, wo sich mit Bestimmtheit das Gegentheil erweisen lässt. Es ist ja doch nur allgemein menschlich, dass so gut, wie der Eine seine wissenschaftliche Ueberzeugung, ohne es selbst zu merken, dem Mitleid opfert — man kann auch da nicht immer von bewussten „Gefälligkeitsattesten" reden —, ebenso auch der Andere der vorgefassten Meinung vom Unrecht des Verletzten unbewusst Einfluss auf sein Gutachten gewährt.

Aber man darf nun nicht so weit gehen, zu sagen: Wenn ein Arzt von einer Berufsgenossenschaft als Gutachter bevorzugt wird, eignet er sich nicht zum Schiedsgerichtsarzt. Wir glauben, die Arbeiterschaft im Allgemeinen unterscheidet ganz scharf zwischen den Beurtheilern, die sie als wohlwollend erkennt, wenn auch der Einzelne sich einmal ungerecht begutachtet glaubt oder nennt — und denen, bei denen sie häufig den Eindruck ungenügender Berücksichtigung hat. Wollte man jeden in einem Gewohnheitsverhältniss zu einer Berufsgenossenschaft stehenden Arzt beim Schiedsgericht ausschliessen — man würde sich eines Theils der besten Kräfte entäussern.

Summa summarum: Nicht Normen, die sich ein für alle Mal bestimmen lassen, können bei der Auswahl der schiedsgerichtlichen Sachverständigen massgeblich sein. Von Fall zu Fall muss entschieden werden.

Und weitergehend möchte ich behaupten, dass der Gesetzgeber das Richtige getroffen hat, wenn mit der Auswahl das Schiedsgericht selbst betraut wurde. Ein Schiedsgerichtsvorsitzender, der in Versicherungssachen Erfahrung hat, muss soweit unterrichtet sein, dass er ebensogut wie irgend ein Anderer, und besser, die Aerzte kennt, die als Gutachter in Betracht kommen, seien es nun Universitätslehrer, Krankenhausärzte, Kreis- und Gerichtsärzte oder Praktiker, die sich auf dem Gebiete des staatlichen Versicherungswesens den Ruf von Fachkennern erworben haben. Der Vorsitzende legt dann dem Gericht eine Liste vor, und die übrigen Mitglieder äussern sich dazu. Hier findet sich besonders für die Beisitzer aus dem Stande der Arbeitgeber und Arbeitnehmer Gelegenheit, zu verhüten, dass Aerzte, die der einen oder anderen Kategorie bedenklich sind, aufgenommen werden. Schlimm genug, wenn die übrigen Gerichtsmitglieder, wie Marcuse es darstellt, die Vorschläge des Vorsitzenden gedankenlos „schlankweg acceptiren." Das Gesetz hat genug gethan, indem es den Interessenten eine Vertretung in den Gerichten schuf. Uebrigens können wir aus sicherer Quelle mittheilen, dass beispielsweise in Berlin die Beisitzer ihr Recht durchaus gewahrt und auf die Zusammensetzung der Sachverständigenliste erheblichen Einfluss gehabt haben.

Was die Betheiligung der ärztlichen Standesvertretungen betrifft, so theilen wir Marcuses Ansicht, dass ihnen die Qualifikation der einzelnen Aerzte zu Unfallgutachtern zu fern liegt, um für sie einen erheblichen Einfluss auf die Auswahl zu rechtfertigen. Statt der Schatten-Rolle des „Gehörtwerdens" sollte man ihnen nur die Aufgabe zuweisen, Bedenken gegen die Persönlichkeit einzelner auf der Liste Stehender auszusprechen, die etwa, vom Gesichtspunkte der Stellung des Betreffenden innerhalb der Aerztewelt aus, gegen seine Wahl geltend zu machen wären.

Haags Wunsch nach einer einheitlichen Regelung der Thätigkeit der Sachverständigen bei den Schiedsgerichten ist im Interesse der Rechtsgleichheit wohl berechtigt. Gegenwärtig scheint man noch zu probiren: Während in Bayern, wie H. mittheilt, Schiedsgerichte zu jeder Sitzung Sachverständige zuziehen, geschieht dies beispielsweise in Berlin nur jeden Monat einmal.

Schliesslich möchten wir noch betonen, dass die Nothwendigkeit, bei den Schiedsgerichten nur bewährte Gutachter anzustellen, wohl einhellig anerkannt werden muss. Der Satz der Motive zum vorjährigen Gewerbeunfallgesetz, gegen den Haag sich wendet, „die Schaffung der bei den Schiedsgerichten ständigen Sachverständigen wird voraussichtlich die Folge haben, dass sich noch mehr wie bisher ein Stamm von in der sozialen Heilkunde besonders erfahrenen Aerzten bilden werde", muss offenbar so gelesen werden, dass der Ton auf dem „besonders" liegt. Das heisst: Aus der Reihe der erfahrenen Gutachter gewählt, werden die schiedsgerichtlichen Sachverständigen eine besonders grosse Erfahrung zu erwerben Gelegenheit haben. F. L.

Die Gehälter der nicht vollbesoldeten Kreismedizinalbeamten.

Die Zeitschrift für Medizinalbeamte weiss Folgendes zu melden:

Die Grundsätze für die Gehaltsregulirung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte sind jetzt im Ministerium festgestellt. Es ist darnach statt des ursprünglich beabsichtigten reinen Individual Stellensystems ein gemischtes Besoldungssystem mit aufsteigender Besoldung und mit persönlichen pensionssicheren Zulagen angenommen, so dass sämmtliche Kreisärzte mit zu-

nehmendem Dienstalter wenigstens den jetzt auf 2700 Mark erhöhten Besoldungsdurchschnittssatz erreichen. Die Kreisärzte erhalten demgemäss ein pensionsfähiges Gehalt von 1800 bis 2700 Mark, steigend von 1800 auf 2250 und 2700 Mark, so dass je ein Drittel derselben 1800, 2250 und 2700 erhalten; das Aufrücken in die einzelnen Stufen erfolgt nach Massgabe des Dienstalters je nach dem Eintritt von Vakanzen. Daneben werden persönliche pensionsfähige Zulagen von 600, 900 und 1200 Mark gewährt, für deren Bewilligung folgende Gesichtspunkte massgebend sind: Schwierigkeit der Stellenbesetzung, Umfang der amtsärztlichen Obliegenheiten ohne gleichzeitige Entschädigung durch Gebühren, geringe Einnahmen von pensionsfähigen Gebühren, besondere örtliche Theuerungsverhältnisse. Die Gerichtsärzte, deren Einnahmen an Gerichtsgebühren nicht pensionsfähig sind, sollen je 1200 Mark als pensionsfähige Zulage erhalten.

Damit ist endlich die Besoldung der nicht vollbesoldeten Kreisärzte auf eine gesunde Grundlage gestellt. Gerade das wäre bei der früher beabsichtigten unveränderlichen Gehaltsfestsetzung für den einzelnen Beamten das Unbillige gewesen: Dass noch so lange Dienstzeit kein Steigen des Gehalts gewährleisten, und dass ein Wegfall von Nebenämtern, die bei der Gehaltbestimmung mit massgeblich waren, keinen Einfluss auf die weitere Besoldung haben sollte.

Das jetzt gewählte System dürfte der einmüthigen Anerkennung sicher sein.

Das „praktische Jahr".

Die Ausführung der Bestimmungen über das Annuum practicum bedarf, wie sich von vornherein erwarten liess, umfassender Vorbereitungen. In diese ist das Kultusministerium, wie wir der Voss. Ztg. entnehmen, nunmehr eingetreten. Es handelt sich zunächst um die Feststellungen, welchen Krankenhäusern die Befugniss ertheilt werden soll, Praktikanten im Sinne der Prüfungsordnung für Aerzte anzunehmen und wie viele Praktikanten insgesammt den „ermächtigten Krankenhäusern" zugewiesen werden können. Als oberster Grundsatz ist aufgestellt worden, dass nur öffentliche Krankenhäuser mit mindestens 50 Betten zugelassen werden sollen. Die Zahl der Praktikanten, welche an das einzelne Krankenhaus abgeordnet werden, wird nach der gesammten durchschnittlichen Belegziffer bemessen. Und zwar soll das Krankenhaus berechtigt sein, auf je 25 Kranke einen Praktikanten einzustellen. Die Berechtigung zur Annahme von Praktikanten soll den öffentlichen allgemeinen und den Sonderkrankenhäusern wie den Entbindungsanstalten, Irrenheilanstalten, Augenkliniken, Kinderkrankenhäusern und auch den Volksheilstätten für Lungenkranke gegeben werden. Ausgeschlossen hingegen sollen die Siechenhäuser und Genesungsheime sein, weil diese nicht dem angestrebten Ziele, den Kandidaten mit der Krankenbehandlung praktisch vertraut zu machen, genügen. Nächst den Universitätskliniken, den Universitätspolikliniken und den ermächtigten Krankenhäusern kommen nach der Prüfungsordnung für die Ausbildung der Praktikanten noch die medizinischen nichtklinischen Universitätsinstitute in Betracht: die anatomischen, physiologischen, pathologischen Universitätsanstalten, die Anstalten für Arzneimittellehre, für Hygiene und für gerichtliche Medizin. Sie sind jedoch den ermächtigten Krankenhäusern nicht vollkommen gleichgestellt. Es ist vielmehr dem Ermessen der Centralbehörde anheimgestellt, die Zeit, während deren der Praktikant an einer solchen Anstalt beschäftigt war, ganz oder theilweise auf das praktische Jahr anzurechnen. Diesen medizinischen, nichtklinischen Universitätsanstalten stehen nach § 61 der Prüfungsordnung selbständige medizinisch-wissenschaftliche Institute, z. B. die pathologischen Anstalten der städtischen Krankenhäuser, gleich, insofern sie die Berechtigung zur Annahme von Praktikanten erhalten haben. Die Ertheilung dieser Berechtigung wird davon abhängig gemacht, dass diese Anstalten einen anerkannten wissenschaftlichen Ruf haben, hinreichendes Material haben und so ausgestattet sind, dass eine erspriessliche Beschäftigung der Praktikanten gewährleist wird. Die zur Ausbildung von Praktikanten geeigneten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute sollen für jeden Kreis durch den Landrath nach Anhörung des Kreisarztes festgestellt werden.

Zur Bekämpfung der Blei-Erkrankungen gewerblicher Arbeiter.

Das sächsische Ministerium des Innern hat den Vorschlägen des Landes-Medizinalkollegiums gemäss verordnet, dass die gewerblichen Betriebe, in denen die Arbeiter der Bleivergiftung ausgesetzt sind, besonders beaufsichtigt werden sollen, und dass, soweit nicht vom Bundesrathe besondere Vorschriften erlassen sind, namentlich die Einhaltung folgender Bestimmung streng zu kontroliren ist:

1. Arbeiten, bei denen Blei und Bleipräparate zur Verwendung kommen, dürfen nicht in Wohn- und Schlafräumen (sofern es sich nicht um Instandsetzung solcher Räume durch Maler etc. handelt) vorgenommen werden. 2 Die Arbeitsräume müssen stets möglichst rein gehalten und insbesondere die Fussböden durch tägliches Aufwaschen oder feuchtes *Abwischen* von dem sich ablagernden Bleistaub und sonstigen *Blei-Abfällen* gründlich gereinigt werden. Auch sind die Räume täglich gründlich zu lüften. 3. Für die Arbeiter müssen genügende Wascheinrichtungen sowie ein geeigneter Raum zum Ablegen und Aufbewahren ihrer gewöhnlichen Kleider vorhanden sein. 4. Die Arbeiter haben bei der Arbeit besondere Arbeitskleider zu tragen. 5. Das Tabakrauchen und Tabakkauen ist während der Arbeit zu unterlassen. 6. In den Arbeitsräumen dürfen Speisen und Getränke nicht aufbewahrt und nicht genossen werden. 7. Ihre Mahlzeiten haben die Arbeiter in einem hierzu besonders bestimmten, von den Arbeitsräumen vollständig getrennten Raume einzunehmen. Vor dem Essen müssen dieselben die Arbeitskleider ablegen, sich den Mund durch Ausspülen und Gurgeln mit reinem Wasser reinigen und Hände und Gesicht mit heissem Wasser und Seife, und zwar die Hände unter Verwendung einer Bürste, sorgfältig waschen. 8. In gleicher Weise haben sich die Arbeiter vor dem Verlassen der Arbeitsstätte gründlich zu reinigen.

Ferner ist unter Umständen die Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter durch regelmässige periodische ärztliche Untersuchungen, die Ausschliessung nicht völlig gesunder Personen, jugendlicher Arbeiter und Frauen von der Beschäftigung in dem Gewerbebetrieb überhaupt oder von bestimmten Arbeiten, sowie sofortige Ausschliessung Erscheinungen von Bleikrankheiten zeigender Arbeiter von der bisherigen Beschäftigung bis zum Eintritt völliger Genesung ins Auge zu fassen. Auch sollen die Arbeiter vor Antritt der Beschäftigung vom Unternehmer über die Gefahr und ihre Verhütung aufgeklärt werden. Schliesslich sollen die Krankenkassenärzte bezw. Kassenvorstände verpflichtet werden, bei Kassenmitgliedern auftretende Bleivergiftungen alsbald der Polizeibehörde zur Anzeige zu bringen. (Med. Reform.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfrage beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 18. | Ausgegeben am 15. September.

Inhalt:

Ueber die nach elektrischen Entladungen auftretenden Neurosen.*)

Von
Prof. Dr. **A. Hoche**-Strassburg i. Els.

Die Zahl der Unglücksfälle durch elektrische Entladungen in irgend einer ihrer Formen hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Zunächst ist, wie es scheint, die Blitzgefahr nicht unbeträchtlich gewachsen, wenn wir auch über die Gründe dieser Erscheinung ganz im Unklaren sind. Als Massstab für die Häufigkeit von Blitzverletzungen mögen einige Zahlen dienen. So wurden in Preussen im Jahre 1899 182, in Italien in der Zeit 1882 bis 1891 durchschnittlich 169 Personen pro Jahr durch Blitzschlag getödtet; wenn wir die durchschnittliche Mortalitätsziffer der Blitzverletzungen einsetzen, kämen wir jährlich auf etwa 400 vom Blitz getroffene Personen in Italien und eben so viel in Preussen im Jahre 1899.

Sodann stellt die Industrie ein von Jahr zu Jahr rapide wachsendes Kontingent von elektrischen Unglücksfällen; Durand rechnet bis 1894 400 Todesfälle und 1000 Unglücksfälle durch industrielle elektrische Ströme. Anfangs waren es hauptsächlich die Arbeiter an den elektrischen Centralstellen, die gefährdet waren; die wachsende Ausdehnung der elektrischen Kraftübertragung, namentlich die oberirdischen Leitungen des Trambahnbetriebes, bedrohen jetzt aber dauernd auch den unbetheiligten Passanten; das „Reissen der Drähte" wurde stellenweise zur öffentlichen Kalamität und wird dies voraussichtlich noch in viel grösserem Massstabe werden, wenn die überall annähernd gleichzeitig angelegten Leitungen ein gewisses Alter und damit ein bestimmtes Stadium der Abnützung erreicht haben werden. Es ist nur mit einer früher fehlenden Kenntniss von den Gefahren der industriellen Elektrizität zu erklären, dass eine so gemeingefährliche Einrichtung, wie die oberirdische Stromzuführung, in solcher Ausdehnung die behördliche Genehmigung hat finden können.

Für die klinische Betrachtungsweise besteht zwischen den Schädigungen durch die atmosphärische und denen durch die industrielle Elektrizität kein prinzipieller Unterschied. Das Entscheidende für die Wirkung ist neben der absoluten Grösse der Stromstärke der zeitliche Ablauf der Einwirkung und

*) Nach einem auf der Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte am 8. Juni 1901 in Baden-Baden gehaltenen Vortrage. —

die Grösse der Stromschwankung. Daher ist, ceteris paribus, ein Wechselstrom gefährlicher für den menschlichen Organismus, als ein Gleichstrom, entsprechend der ärztlichen Erfahrung von der für den Nerven stärkeren physiologischen Wirkung des unterbrochenen, faradischen Stromes. Es gilt dies nur für die nicht sofort absolut tödtlichen Stromintensitäten; wenn die erste Berührung mit dem Strom schon genügt, um die nervösen Centralorgane dauernd zu lähmen, ist es natürlich gleichgiltig, welchen zeitlichen Ablauf der Strom weiterhin zeigt.

(Der Blitz übrigens ist, wie wir jetzt wissen, auch nicht eine einmalige, sondern eine wiederholt hin und her oscillirende Entladung von messbarer Schwankungsdauer.)

Die grössere Gefährlichkeit des Wechselstromes kommt in den zahlenmässigen Feststellungen über elektrische Unglücksfälle sehr deutlich zum Ausdruck. In Amerika war in den Zeiten der vorwiegenden Gleichstromverwendung vor 1880 in fünf Jahren kein Todesfall durch industrielle Elektrizität zu beklagen; nach Einführung des Wechselstromes gab es in 10 Jahren 136, in New-York allein im Laufe von 2 Jahren 25 Todesfälle. Solche Ziffern werden bei uns nicht erreicht; in Preussen stehen den 182 Blitz-Tödtungen im Jahre 1899 nur 15 tödtliche elektrische Unglücksfälle im gleichen Zeitraum gegenüber.

Entgegen der landläufigen Annahme sind nun die höchsten zur Verwendung kommenden Stromspannungen für den menschlichen Organismus nicht die gefährlichsten. Es ist eine ganze Reihe von Fällen bekannt, dass Ströme von 2000—3000 Volt, abgesehen von den örtlichen Verbrennungen, ohne dauernden Schaden ertragen worden sind; man hat also nicht zu dem zweckmässigsten Mittel gegriffen, wenn man in Amerika zu den elektrischen Hinrichtungen Ströme von 1500—2000 Volt verwendet; die erfahrungsgemäss geringe Sicherheit des Verfahrens beweist die Richtigkeit dieses Satzes. Fast niemals genügt eine einmalige Applikation dieser Ströme (in der Richtung Kopf—Wade) auch bei Stromdauer von 50 Sekunden, um die Athmung definitiv zu lähmen; meist ist eine zweite oder auch dritte Applikation nothwendig; auch eine Wiederkehr des Bewusstseins mit energischer Abwehr seitens des Hinzurichtenden ist dabei vorgekommen. Die Herzthätigkeit dauert zunächst immer noch eine Zeit lang an; der Tod erfolgt schliesslich durch Erstickung. — Welche absolute Stromstärke in den Fällen industrieller Unglücksfälle den menschlichen Organismus passirt, ist schwer festzustellen in Anbetracht der je nach den Umständen ausserordentlich verschiedenen Widerstände des in den Stromkreis gerathenden Körpers. Wenn ein Arbeiter mit feuchten Händen zwei blanke stromleitende Metalltheile berührt, so ist der Widerstand seines Körpers sehr gering im Vergleiche zu dem Falle, dass ein herabfallender Draht einer Oberleitung den bekleideten Körper eines Passanten streift; ein Radfahrer z. B. ist bei trockenem Wetter durch die Gummireifen seines Rades so gut isolirt, wie ein Arbeiter einer Centrale durch seine Gummisohlen. Diese Thatsache der schwer berechenbaren, jedenfalls aber sehr verschiedenen Grösse des persönlichen augenblicklichen Widerstandes darf bei Beurtheilung elektrischer Unglücksfälle nicht übersehen werden; Angaben über die Spannungen des verletzenden oder tödtenden Stromes sind immer nur mit dem Vorbehalte des „ceteris paribus“ zu verwerthen.

Neben diesem äusseren Faktor spielt augenscheinlich eine individuelle Disposition bei Gesundheitsschädigungen durch elektrische Entladungen eine nicht unbedeutende Rolle; vor Allem ist dabei, wie die Kasuistik lehrt, der Zustand des Herzens und der Gefässe von Wichtigkeit.

Die Thierexperimente lehren, dass auch zwischen den einzelnen Species weitgehende Unterschiede in der Empfindlichkeit der nervösen Centralorgane gegenüber starken Strömen bestehen; bei der Anwendung von niedrig gespannten Strömen, die 120 Volt nicht überschreiten, Ströme, die nicht auf das Athemcentrum, sondern auf die Herzinnervation einwirken, gehen Ratten niemals zu Grunde, Kaninchen selten, Hunde mit grosser Häufigkeit; es scheint, dass die Erholbarkeit des Herzens eine sehr verschiedene ist, und dass die Widerstandsfähigkeit gegen starke elektrische Ströme mit zunehmender Verfeinerung der nervösen Organisation abnimmt. Ströme, die 1200 Volt überschreiten, können alle Thiere durch Stillstand der Athmung töten, es sind aber Beobachtungen vorhanden, dass grosse Hunde Ströme bis 4800 Volt ohne Schaden ertragen haben.

Die geringste Spannung, bei der beim Menschen ein Todesfall eingetreten ist, beträgt 115 Volt, so dass unsere Lichtleitungen in den Städten mit etwa 120 Volt Spannung schon als gefährlich zu gelten haben. Noch mehr gilt dies natürlich von den 4 bis 5 mal höheren Spannungen der Oberleitungen für Kraftübertragung (Trambahn). Die hohen Spannungen von 2000 bis 3000 Volt finden sich fast nur in den Centralen selbst.

Die Befunde an den inneren Organen bei der Untersuchung von Individuen, die durch Blitzschlag oder industrielle Ströme um das Leben kamen, sind nun sehr verschieden. In einem Theil der Fälle fehlen alle anatomischen Veränderungen: auch die zahlreichen Bemühungen, an experimentell elektrisch getödteten Thieren in den anscheinend normalen Centralorganen gesetzmässige mikroskopische Veränderungen (an Ganglienzellen) zu finden, haben zu sicheren Ergebnissen nicht geführt. In anderen Fällen finden sich Gewebszerreissungen und grössere oder kleinere Blutungen, die manchmal den Weg des Stromes im Körper genau verfolgen lassen.

Der allgemeine Befund ist ein verschiedener, *je nachdem* zuerst das Herz oder die Athmung gelähmt wurde; in letzterem Falle finden sich die Zeichen des Erstickungstodes.

Die direkten Folgen am Lebenden nach Blitzschlägen sind oft beschrieben und viel diskutirt worden; wir brauchen darauf hier nicht näher einzugehen. Bei den industriellen Unglücksfällen finden sich an äusserlich sichtbaren Folgen tiefgehende Verbrennungen dann, wenn es sich nicht um eine momentane, sondern um eine gewisse Zeit hindurch andauernde Berührung gehandelt hat, wenn z. B. Arbeiter mit den Händen an blanken Stromgebern „kleben“ blieben. Eine besondere Eigenthümlichkeit zeigen diese meist bis auf den Knochen gehenden Verbrennungen darin, dass sie fast unmittelbar nach dem Stromdurchgang schmerzlos werden und häufig bleiben. (Es entspricht das den von Nothnagel an Kaninchen experimentell festgestellten Thatsachen, die deswegen namentlich von Bedeutung sind, weil bei den Thieren von einer psychogenen Entstehung der Analgesie, die bei traumatischen Folgen heute mit Vorliebe herangezogen wird, nicht wohl die Rede sein kann.)

Nervöse Erscheinungen, die mit Sicherheit auf grobe organische Veränderungen der centralen Apparate zu beziehen wären, treten unter den Folgen elektrischer industrieller Entladungen an Zahl bedeutend zurück hinter den als funktionell bezeichneten Störungen; immerhin weist die Kasuistik auch derartige Beobachtungen auf (Hirnhaemorrhagie mit Aphasie, progressiv fortschreitende Atrophie der Armmuskulatur u. dgl.) die meisten Fälle, die nicht sogleich tödtlich verlaufen, zeigen später Erkrankungsbilder, die den traumatischen Neurosen in einer ihrer Formen zugerechnet zu werden pflegen.

Die ersten nervösen Erscheinungen, nachdem die Individuen von einer industriellen elektrischen Entladung getroffen ist, sind nun ausserordentlich verschiedener Art. Es scheint,

dass dabei nicht nur der Weg des Stromes durch mehr oder minder funktionell wichtige Theile und die bereits erwähnten physikalischen Faktoren eine Rolle spielen, sondern, dass die individuelle Widerstandsfähigkeit innerhalb gewisser Grenzen das Wichtigste ist. In welchem Umfange die Toleranz des menschlichen Gehirnes gegen die diagnostisch und therapeutisch zur Verwendung gelangenden Stromdosen schwankt, hat jeder Nervenarzt zu erfahren Gelegenheit (z. B. bei dem Versuche, die Akustikusreaktion mit galvanischem Strome zu prüfen).

In der That werden, wie ich aus privatim erhobenen Angaben weiss, vielfach Berührungen mit hochgespannten Strömen von den Arbeitern ohne Folgen ertragen; Unfälle dieser Art, die meist durch Nichtbeachtung der Betriebsvorschriften entstehen, werden aus eben diesem Grunde oft gar nicht gemeldet, und die mit dem Spannen der Tram-Oberleitungsdrähte beschäftigten Arbeiter z. B. fürchten „einen kleinen Schlag“ nicht allzusehr.

Nicht alle Fälle, die in der dem Unfall unmittelbar folgenden Zeitspanne frei sind von nennenswerthen Beschwerden, bleiben es auf die Dauer; ein gewisses Latenzstadium ist in vielen Fällen vorhanden. Eine unbefangene Würdigung der Kasuistik zeigt, dass es ganz falsch wäre, dieses Latenzstadium so aufzufassen, als wenn es die „Begehrungsvorstellungen“ wären, mit deren Auftauchen anfänglich fehlende krankhafte Erscheinungen wach würden; es scheint eine bei den elektrischen Unglücksfällen von mittlerer Stärke besonders häufige Eigenthümlichkeit zu sein. — Ebenso wie sich aus anfänglich geringen Erscheinungen ausgesprochene nervöse Erkrankungen dauernder Art entwickeln, kommt das Umgekehrte vor, dass anfänglich bedrohliche Erscheinungen wie Bewusstseinsverlust, lallende Sprache, Lähmungen, taumelnder Gang, Sehstörungen und dergleichen rasch vorübergehen, ohne eine dauernde Schädigung zu hinterlassen. — Bevor wir die etwa vorhandenen Besonderheiten elektrisch entstandener Neurosen besprechen, möchte ich einige eigene Beobachtungen dieser Richtung mittheilen. Der erste Fall ist mir von Herrn Prof. Fürstner freundlicher Weise zur Veröffentlichung überlassen worden.

Fall I:

D. 42jähriger Mann; früher nie in nennenswerthem Masse krank. Am 21. April 1898 war er damit beschäftigt, auf einer sechs Meter hohen Leiter stehend, den Haltedraht der Tram-Oberleitung zu spannen. In der einen Hand hatte er den Leitungsdraht, in der anderen den Haltedraht. In diesem Moment fiel ein zerreissender Telephondraht auf den Haltedraht und erzeugte dadurch Endschluss; der Strom von circa 500 Volt ging von Hand zu Hand durch den Körper des Mannes hindurch. Eine Lichterscheinung hat D. im Momente des Stromdurchganges nicht wahrgenommen; die linke Hand verbrannte etwas und beide Arme zuckten. D. konnte sich nicht auf der Leiter halten und fiel hinterrücks herab. Abgesehen von Hautabschürfungen zog er sich keinen Schaden zu; er konnte die Leiter wieder besteigen und seine Arbeit zu Ende bringen. Erst nach mehreren Wochen stellten sich allmählich die Symptome ein, die ihn dann nöthigten, die Arbeit aufzugeben: Kopfweh, gestörter Schlaf, Schreckhaftigkeit, allgemeine Schwäche, Zittern, Schmerzen in den Beinen, Augenthränen.

Unter mancherlei Schwankungen ist etwas Besserung eingetreten; aber noch jetzt, nach mehr als drei Jahren, ist D. nicht wieder arbeitsfähig. Objektive, organische Zeichen einer cerebrospinalen Erkrankung fehlen.

Dieser Fall ist insofern keine ganz reine Beobachtung, als nicht ausschliesslich die elektrische Einwirkung als Krankheitsursache in Frage kommt, da D., nachdem er vom Strom getroffen war, von der hohen Leiter auf den Erdboden herabstürzte. Das Symptomenbild bietet nichts Ungewöhnliches und von sonstigen durch Sturz und dergleichen entstandenen Abweichendes; bemerkenswerth ist das langdauernde Augenthränen; Reizerscheinungen des optischen Apparates treffen wir nicht selten bei elektrisch entstandenen Neurosen, auch wenn das Auge selbst nicht direkt vom Strome getroffen worden ist.

Als Typus der nervösen Folgezustände nach elektrischen Entladungen kann das folgende Beispiel dienen:

Fall II:

G. 38jähriger kräftiger Schutzmann, der nie krank gewesen, wird am 3. Februar 1899 von dem herabfallenden Draht der Tram-Oberleitung getroffen; ausser einer Lichtempfindung im Momente der Berührung des Drahtes, der rechts Mütze und Uniform streifte, keine Erscheinungen. Wenige Minuten später unfreiwilliger Abgang von Urin (ohne Bewusstseinsverlust) und Schwäche im rechten Arm. G. meldet sich krank. Zunächst veranlassen ihn Sehstörungen, die Poliklinik von Prof. Stilling aufzusuchen. Damaliger Befund: Rechts S = 6/24, links = 1; r. Gesichtsfeld konzentrisch auf 20° eingeengt, totale Farbenblindheit, links normale Verhältnisse; Pupillen und Hintergrund normal beiderseits. Prof. Stilling schickte den Mann zu mir.

Es bestand eine starke gemüthliche Depression, lebhaftes Krankheitsgefühl, Neigung zum Weinen. Galvanische (An. S. =) Lichtempfindung links bei 0,3, rechts erst bei 1,6 Milliampère. Hörschärfe rechts stark herabgesetzt. Rechter Arm in toto paretisch; Händedruck: links 38, rechts 24 Kilogramm; Klagen über Schmerzen im rechten Arm vom Halsdreieck ausstrahlend. Schmerzempfindung am rechten Arm und den anstossenden Rumpfgegenden herabgesetzt. Elektrische Veränderungen am rechten Arm fehlen. Vollkommene Schlaflosigkeit seit dem Unfall. Dauernd relative Inkontinenz des Urines. — P. S. R. normal; ebenso alles Andere an den unteren Extremitäten.

Der Zustand verschlechterte sich im Laufe der nächsten Wochen; die Kraft im rechten Arm nahm weiter ab, die Analgie ging langsam vorwärts bis über die Rumpfmitte hinaus; Schlaf fehlte total; heftige Kopfschmerzen. Suicid-Ideen. Mit kleinen Schwankungen bestand seitdem das Bild unverändert fort; die Schlaflosigkeit trotzte allen Mitteln; die Schmerzen im rechten Arm blieben; das Gewicht sank. Augenbefund vom 30. Mai 1901: rechts fast totale Amaurose und maximale Gesichtsfeldeinengung, totale Farbenblindheit; links S = $^1/_2$; Augenhintergrund: normal. —

In den letzten Monaten deutliche Atrophie des rechten m. deltoideus; elektrisch: galv. und fowallisch, bei direkter und indirekter Reizung starke Herabsetzung der Erregbarkeit des Muskels, aber ohne qualitative Aenderung der Formel.

Patient hat die ganze Zeit hindurch (zwei Jahre!) unter der höchst ungünstigen Einwirkung des Zivilprozesses über seine Entschädigungsansprüche gestanden, der, wie natürlich, schliesslich vom Reichsgericht zu seinen Gunsten entschieden worden ist. Der wiederholte dringende ärztliche Hinweis auf die schädliche Wirkung des von vornherein aussichtslosen Prozesses hat die Gegenseite nicht verhindert, die Sache bis zu letzter Instanz zu treiben. Patient hat eine seiner totalen Erwerbsunfähigkeit entsprechende Rente erhalten.

Nach anscheinend nicht sehr intensiver Stromeinwirkung und kurzer Latenzzeit entwickelt sich ein chronisches Krankheitsbild: starke gemüthliche Depression, Schlaflosigkeit, Anästhesie eines Theils der Körperoberfläche und von Sinnesorganen, motorische Paresen, lokalisirte Schmerzen, allgemeiner Verfall. Zeichen einer organischen centralen Erkrankung fehlen. Man wird nicht anstehen, den Zustand der Hysterie zuzurechnen, namentlich im Hinblick auf den Charakter der Sehstörung. Nur eines stimmt nicht damit, die starke Atrophie des rechten Deltoideus und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, eine Atrophie, die in diesem Grade allein in funktioneller Unthätigkeit ihre Erklärung nicht findet, um so weniger, als die übrigen ebenso unthätigen Muskeln des Armes keine entsprechenden Veränderungen zeigen. Da im gleichen Nervengebiete (N. axillaris) lange Zeit heftige Schmerzen bestanden, gewinnt die Annahme eines lokalen neuritischen Prozesses (neben den funktionellen Störungen) an Wahrscheinlichkeit. —

Die Eigenthümlichkeiten dieses Falles finden sich in der Kasuistik nicht selten wiederholt; namentlich die hartnäckige

Schlaflosigkeit und an das Gebiet der Psychose streifende dauernde Zustand gemütlicher Depression ist sehr charakteristisch.

Von besonderem Interesse ist Fall III:

B. 25 j. Telegraphist bekam am 24. 3. 1897 bei einem Gewitter aus einem Umschalte-Apparat einen starken elektrischen Schlag in den linken Arm. Er fiel um und war anscheinend eine Zeit lang ohne klares Bewusstsein. Zunächst blieb das Ereigniss ohne Folgen; nach 5 Tagen aber traten heftige Schmerzen im ganzen linken Arme auf bis zum Halsdreieck aufwärts; gleichzeitig schwollen Hand und Vorderarm unter sehr lebhaften Parästhesien an, wurden roth und heiss, der Schlaf fehlte. Nach einigen Tagen gingen die Erscheinungen zurück, um dann bis zum Februar 1899 4 mal zu recidiviren. Die Recidive dauerten jedesmal eine Reihe von Tagen; ihr Beginn fiel regelmässig in die einem Gewitter unmittelbar vorausgehenden Tage. Der Anfall, der den Patienten zu mir führte (am 13. Februar 1899) hatte am 10. Februar begonnen; am 12. Februar kam, für die Jahreszeit ganz unerwartet, ein Gewitter.

Die Untersuchung ergab Folgendes: Kräftig gebauter Mann von gutem Aussehen. Mit Ausnahme der Veränderungen am linken Arm nirgends Anomalien.

Der linke Arm ist, vom Ellenbogen zur Hand zunehmend, stark geschwollen, heiss, geröthet; Fingerdruck hinterlässt keine Delle; jede Berührung ist äusserst schmerzhaft, ebenso aktive und passive Bewegungen. Händedruck rechts 50, links 15 Kilogramm. Tastempfindung erhalten; bei Pinselberührungen länger dauernde Nachempfindung. Die Nervenstämme sehr druckempfindlich, ebenso Plexus im Halsdreieck. Bei Druck auf die Nervenstämme am Oberarm ausstrahlende Schmerzen bis in die Hand, die genau lokalisirt werden, je nachdem der eine oder der andere Stamm leise gedrückt wird. Keine elektrischen Veränderungen.

Unter Priessnitz und Salicyldosen von 4,0 Gr. pro die schwindet binnen 9 Tagen die Schwellung vollkommen, die Nervenstämme blieben druckempfindlich. Patient tritt am 27. Februar seinen Dienst wieder an, ohne ganz beschwerdefrei zu sein; am 28. Februar kehren Schmerzen und Schwellung wieder, um der gleichen Behandlung rasch zu weichen. Am 2. März kommt Patient in grosser Erregung, weil der linke Arm in toto „gefühllos“ geworden sei; objektiv findet sich eine starke Herabsetzung aller sensiblen Qualitäten, die bis zum Halse und der linken Kopfhälfte aufwärts reicht. Unter faradischer Pinselung kehrt die normale Sensibilität langsam wieder; am 17. März aber tritt eine komplete schlaffe Lähmung des linken Armes ein, die am 24. März noch nicht behoben ist. Elektrische Veränderungen fehlen; Sensibilität und Reflexe normal. — Weiterer Verlauf unbekannt. —

Was zunächst das Wesen der Schwellung anbetrifft, so weist Alles auf eine Entstehung unter nervösen Einflüssen hin: ungestörtes Allgemeinbefinden, Fehlen jeder „chirurgischen“ Ursache, Lokalisation auf ein durch Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und sensible Störungen gekennzeichnetes Gebiet, Wiederkehr unter bestimmten identischen Verhältnissen u. s. w.

Die Art der Schwellung — Hitze, Röthe, pastöse Volumenzunahme ohne eigentliches „Oedem“ — weist derselben ihre Stellung unter den neurotischen Oedemen zu. Das bekannteste derselben ist Charcot's „blaues Oedem“ der Hysterischen; neben einem „weissen“ kommt auch ein „rothes Oedem“ auf nervöser Basis vor, und darum handelt es sich in meinem Falle. Der jeweilige Gefässzustand, der entweder Cyanose, oder Anämie oder heisse Röthung erzeugt, bestimmt das äussere Aussehen der betreffenden Stellen, ohne dass darin ein prinzipieller Unterschied erblickt werden kann.

Das Merkwürdigste an dieser Beobachtung ist, dass das rothe Oedem nur dann wiederkehrte, wenn Gewitter bevorstanden. Dass dabei, wie man das bei hysterischen Störungen anzunehmen geneigt ist, die Vorstellung eine Rolle gespielt habe, ist nicht wahrscheinlich, da der Zusammenhang auch dann bestand, wenn ein Gewitter ausserhalb der Erwartung lag, wie z. B. im Februar 1899. Wir müssen uns mit der Schlussfolgerung abfinden, dass unbekannte atmosphärische Einflüsse in irgend welchen nervösen Theilen, aber ohne Betheiligung des Bewusstseins, Veränderungen auszulösen vermögen, die das merkwürdige Krankheitsbild des rothen Oedemes hervorbringen.

Im Prinzip ähnliche Beobachtungen, dass nervöse Blitzfolgen bei wiederkehrenden Gewittern von Neuem wach wurden, liegen auch sonst vor; das Wesentliche an der mitgetheilten Beobachtung ist aber, dass die nicht vom Bewusstsein erfassten Prodrome eines Gewitters tagelang vorher schon im Stande waren, diese Wirkung zu erzeugen. (Dass entsprechende atmosphärische Veränderungen lange vor dem Ausbruche eines Gewitters vorhanden sind, zeigen neuere feine physikalische Untersuchungen.)

Die beiden letzten Beobachtungen geben uns Anlass, auf die systematische Stellung der elektrisch entstandenen Neurosen überhaupt kurz einzugehen.

Vor Kurzem noch galt es schon als Fortschritt, als man angefangen hatte, für funktionelle nervöse Unfallsfolgen die Sammelbezeichnung „traumatische Neurose“ aufzugeben, und von Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie „nach Trauma“ zu sprechen; man war zufrieden, seinen Fall in der einen oder anderen Kategorie untergebracht zu haben. Die in Folge elektrischer Entladungen entstandenen funktionellen Neurosen werden nun, ihren Symptomen nach, grössten Theils der Hysterie zugerechnet. Zur Erklärung der krankhaften Erscheinungen werden mit Vorliebe die Schreckwirkung und die sich an den Unglücksfall anschliessenden Vorstellungen herangezogen.

Diese Erklärung genügt sicherlich für viele Fälle in keiner Weise. Zunächst steht fest, dass eine grosse Anzahl elektrischer Unglücksfälle ohne jeden „Schreck“ *eintritt. Die* Mehrzahl der vom Blitze getroffenen z. B. erleidet *gar keinen* Schreck; es tritt Bewusstlosigkeit ein, ehe der Vorgang des Blitzes (Licht und Schall), überhaupt wahrgenommen werden konnte. Die Kranken können aus der Bewusstlosigkeit schon mit sensiblen und motorischen (funktionellen) Lähmungen erwachen. (Schreckwirkung lebhafter Art kann bei Blitzgetroffenen stattfinden, wenn der Blitz mit Umgehung des Kopfes nur Extremitäten trifft, oder den Körper quer durchläuft; in diesen Fällen werden auch Lichterscheinungen wahrgenommen.)

Bei industriellen elektrischen Unglücksfällen spielen Schreck und Angst namentlich dann eine Rolle, wenn Individuen, die mit den Gefahren des Stromes bekannt sind, in den Stromkreis gerathen, ohne das Bewusstsein zu verlieren, mit den kontrahirten Fingern hängen bleiben u. s. w., in den schweren Fällen mit sofort eintretender Bewusstlosigkeit ist aber davon auch keine Rede. Jedenfalls lässt sich der Schreck oder die Vorstellung von Gefahr, von drohender schwerer Gesundheitsschädigung keineswegs als regelmässiger oder auch nur häufigster Vorgang in diesen Fällen bezeichnen.

Die zur Zeit vorhandene Neigung, bei allen hysterischen Störungen, speziell bei den sensiblen und motorischen Lähmungen, eine „psychogene“ Entstehung, eine Entstehung durch die Vorstellung, anzunehmen, führt konsequenter Weise dazu, in den psychischen Begleiterscheinungen solcher Unfälle den hauptsächlich schädigenden Faktor zu sehen; es trifft dies natürlich nur in einem Theil der Fälle zu.

Anstatt x durch y zu ersetzen und elektrisch entstandene Lähmungen mit der Annahme von „Hysterie“ zu erklären, erscheint es vielleicht aussichtsvoller, den umgekehrten Weg zu beschreiten und zu fragen, ob nicht die Analyse grade der elektrisch entstandenen nervösen Folgen Aufschlüsse über das Wesen der hysterischen Lähmungen zu geben vermag.

Diese Gruppe von Unfallsfolgen hat eine Besonderheit, die sie vor allen anderen auszeichnet, dass nämlich das schädigende Agens ein solches ist, das auf das Centralnervensystem physiologisch-spezifische Wirkungen ausübt und dass es das Centralnervensystem selbst passirt. Bei Unfällen durch Fall, Schlag und Stoss u. s. w. ist gar nicht zu berechnen, was etwa für Einwirkungen die nervösen Centralorgane betroffen haben; bei den elektrischen Unglücksfällen haben wir in dieser Beziehung wenigstens etwas festeren Boden unter den Füssen.

Kein Vertreter moderner Naturwissenschaft wird bestreiten, dass wir bei den psychischen Vorgängen parallellaufende materielle annehmen müssen, gleichviel, in welcher Form dieser Zusammenhang stattfinden mag. Bei allen rein auf der „Idee des Nichtkönnens" beruhenden Lähmungen ist doch irgendwo der Punkt, wo die normalerweise stattfindende Einwirkung auf die greifbaren, sichtbaren, nervösen, motorischen Apparate versagt. Es gehört ein starker Glaube an den ausschliesslich „psychischen" Charakter hysterischer Störungen dazu, um die Möglichkeit zu übersehen, dass diese nothwendiger Weise vorauszusetzenden materiellen Zwischenglieder in materieller Form selbständig in ihrer Funktion gehindert werden können, z. B. durch eine starke elektrische Entladung. Diese Schädigung ist natürlich nicht in groben, „organischen" Läsionen zu suchen; sie braucht auch nicht darin zu bestehen, dass im Gehirne selbst gelegene Theile vom überstarken Strom getroffen werden; grade, weil es sich um ein spezifisch wirkendes Agens handelt, kann die Beeinflussung der centralen Theile auch von peripherischen Nervenabschnitten ausgehen (z. B. rechtsseitige Hemiplegie bei Berührung der rechten Körperhälfte mit einem starken Strom).

Es ist a priori schon unwahrscheinlich, dass in der Form der elektrischen nervösen Schädigung zwischen den schweren tödtlichen Verletzungen und der Funktionsstörung „nur durch die Vorstellung" gar keine Mittelglieder stehen sollten; für die Art der Mischung von groben, sichtbaren Verletzungen mit allen möglichen Abstufungen anscheinend funktioneller Störung liefert die ophthalmologische Kasuistik elektrischer Verletzungen lehrreiche Beispiele (Amblyopien ohne Befund, Akkommodationsstörungen ohne genügende Erklärung neben ophthalmoskopisch sichtbaren retinalen Veränderungen, Blutungen, Neuritis optici u. s. w.)

Die gleiche Mischung zeigt mein zweiter Fall mit seiner wahrscheinlich neuritischen Muskelatrophie neben „funktionellen" Störungen, während der dritte illustrirt, wie äussere Einflüsse hysterische Störungen durch Einwirkung auf nervöse Theile, aber mit Umgehung der „Vorstellung" hervorzubringen vermögen.

In jedem Falle ist es eine voraussichtlich lohnende Aufgabe der nächsten Zeit, die elektrische Unglücksfälle in noch steigender Zahl bringen wird, eine genaue Analyse der nervösen Einzelerscheinungen vorzunehmen, und die Fälle nicht mit dem Sammelnamen „Hysterie nach Trauma" abzuthun.

Die Leuchtgasvergiftung als Betriebsunfall.

Von
Medizinalrath Dr. **Leppmann.**

(Fortsetzung.)

Wenn ich den vorstehend erläuterten Fall als einen Einzelfall in der staatlichen Arbeiterversicherung bezeichnet habe, so habe ich nur die Industrie im Auge, welche sich mit der Her- und Bereitstellung des Gases zu Leucht- und Heizzwecken befasst, nicht andere Industrien, in deren Arbeitsstätten das Gas durch unglückliche Zufälle eindringen und Gesundheitsschädigungen der Arbeiter hervorrufen kann. Auch dort müssen die Angiftungsfälle ohne tödtlichen Ausgang zu den verschwindenden Ausnahmen gehören. Dass sie aber bei solchen Arbeitern, welche der Gasfabrikation gegenüber die Stelle von „Anwohnern" einnehmen, vorkommen, beweist eine Veröffentlichung von J. Köhler*) welcher bei einem Manne, der 14 Tage lang in einem Raum gearbeitet und geschlafen hatte, in welchen Leuchtgas in mässiger Menge eindrang, Zeichen von chronischem Magenkatarrh, Abgeschlagenheit und blassgraues Aussehen fand. Dieses blasse oder blassgraue Aussehen soll ja nach der Angabe der Autoren ein charakteristisches Zeichen der chronischen Angiftung mit Kohlenoxyd sein,**) während Kongestionen mehr auf akute Entstehung deuten. Ich habe nicht eigene Erfahrung genug, um selbst darüber ein Urtheil zu haben. Kongestive Gesichtsröthe ohne sonstige Vollsaftigkeit ist ja ein Zeichen manichfacher psychisch-nervöser Allgemeinerkrankungen, aber es war mir doch auffallend, noch vor wenigen Tagen festzustellen, mit welcher Hartnäckigkeit bei dem von mir im Anfang Juni d. J. begutachteten Kranken die starke und dauernde Gesichtsröthung bestehen geblieben ist.

Auf die Frage der individuellen Leibesbeschaffenheit will ich nach Erörterung der tödtlichen Fälle zurückkommen.

Hier muss ich zunächst berichtigend bemerken, dass bei Drucklegung des ersten Abschnitts meiner Arbeit mir noch nicht sämmtliche Fälle von tödtlicher Leuchtgasvergiftung im Geschäftsbereich der Gas- und Wasserberufsgenossenschaft bekannt waren. Die weitere Ausmittelung hat nicht neun, sondern fünfundzwanzig tödtliche Fälle ergeben. Erwägt man, dass die Berufsgenossenschaft seit ihrem Bestehen vom 1. Oktober 1885 bis zum 31. Dezember 1900 rund 2200 entschädigungspflichtige und 21800 nicht entschädigungspflichtige Unfälle zu verzeichnen hatte, so bleibt diese Zahl immer noch gering. Dazu kommt noch, dass zwei dieser Fälle gar nicht den eigentlichen Gasherstellungs- und Fortleitungs-Betrieb betreffen. In dem einen Fall war in der Wachtstube einer Gasanstalt ein Arbeiter vergiftet worden, weil der Hahn eines ausgelöschten Gasofens aus unaufgeklärtem Grunde geöffnet war — dergleichen kann überall, wo Gasöfen verwendet werden, vorkommen —, in dem anderen handelte es sich um den Betrieb der Pumpstation eines Wasserwerks, in welcher der Maschinenwärter, weil der Gasmotor nicht funktionirte, an dem Rohr zwischen Motor und Gasmesser gearbeitet hatte.

Von den übrig bleibenden 23 Fällen betrifft keiner Arbeiten an den Beleuchtungskörpern selbst. Dass aber auch bei allerdings regelwidriger Betriebsarbeit an diesen tödtliche Unfälle vorkommen, beweist jener bekanntere Fall von Szigeti***) wo ein 50jähriger seit 14 Jahren im Pester Gasbetriebe thätiger Laternenanzünder, welcher in eine Laterne blies, um sie aufzuthauen, sofort betäubt von der Leiter, auf der er stand, fiel, sich durch den Fall einen Schädelbruch mit Bluterguss zuzog und an der Wirkung der Vergiftung und Hirnschädigung nach 5 Stunden starb. Dieser Fall, welcher in seiner Entstehungsart ein Gegenstück zu dem von mir berichteten, gelinder verlaufenen, bildet, gab Gelegenheit zur Feststellung, dass das aus dem Kreislauf ausgeschaltete Blut der Blutaustretungen am Schädel noch Kohlenoxydreaktion gab, während das Gift aus dem Kreislaufblut bereits ausgeschieden war.

Von den mir vorliegenden Fällen betrafen 2 Hantirungen an den Nebenapparaten der Beleuchtungskörper, den Gas-

*) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1895.

**) Sachs, Die Kohlenoxydvergiftung, Monographie, Braunschweig, 1900, S. 44.

***) Viertelj. f. gerichtl. Mediz n 1893 VI. Bd. S. 64 ff.

messern, 8 Rohrleitungen ausserhalb der Gasanstalten und 11 die Fabrikationsstätten, die Gasanstalten selbst.

Bei den Ursachen der Betriebsunfälle spielt leider ein gewisser Grad von eigenem Verschulden eine wesentliche Rolle. In 11 von den 23 Fällen handelten die Verunglückten regel- oder verbotswidrig oder übereifrig oder unaufmerksam, und zwar waren dies meist im Betriebe lange Jahre beschäftigte Leute, welche, wie nicht selten Arbeiter in gefährlichen Betrieben, sich der Grösse der Gefahren, welchen sie sich aussetzten, durch die lange Gewohnheitsmässigkeit ihrer Verrichtungen nicht mehr voll bewusst waren.

So steigt z. B. der eine, welcher ausserhalb eines Gasbehälters Wasser auspumpen soll, aus nicht ersichtlichem Grunde in den Gasbehälter hinein, wird von dem noch in der Luft des Behälters befindlichen Gase betäubt und ertrinkt im Behälter selbst. Ein zweiter steigt verbotswidrig in einen Gasschieberschacht, dessen Undichtigkeit sich durch starke Gasausströmung verrieth. Ein dritter löst ebenso verbotswidrig in einem zwischen zwei Gasbehältern befindlichen Brunnen den Stöpsel, welcher als vorläufiger Verschluss einer defekten Zuleitung diente. Er geht dadurch zu Grunde und ebenso ein Mann, welcher ihm zur Hilfe kommt. Ein, lange Zeit im Dienste befindlicher, Gasschlosser soll einen durch Lederscheibenverschluss ausser Betrieb gesetzten Gasmesser wieder in die Leitung einschalten. Er thut dies, ohne den Haupthahn zu schliessen, um einer, in einer naheliegenden Küche thätigen Köchin nicht das Licht zu entziehen. Es erfolgt eine solche Gasausströmung, dass er (der Gasmesser befand sich auf einem Brett in der Nähe der Decke eines Kellers) mit dem einen Bein auf der Leiter stehend, mit dem andern auf dem Brette knieend, erstickt. Ausserdem erreicht das weiterströmende Gas noch die Küchenflamme und es erfolgt eine Explosion. Ueber einen Fall, wo ein ebenfalls langjährig thätiger Kontrolbeamter die Stockung in einer Leitung durch Hineinblasen nach Abschrauben des Gasmessers zu beseitigen versucht, berichte ich weiter unten.

In einem Falle entstand sogar der dringende Verdacht, dass nicht blos eine Unaufmerksamkeit, sondern eine beabsichtigte Selbsttödtung vorlag.

Da der Selbstmord unter der Maske des Betriebsunfalls ein Faktor ist, mit welchem die staatliche Unfallversicherung wird rechnen müssen, sei hier der Fall skizzirt.

Es handelt sich um einen 44 Jahre alten Gasmeister, welcher in der Waarenstube des kleinen Gasanstaltsbetriebes, in welchem er beschäftigt war, eines Morgens um 7 Uhr todt gefunden wurde, nachdem er um 5½ Uhr seine im gleichen Hause befindliche Wohnung verlassen hatte. Das Zimmer war mit Gas gefüllt, ein Gashahn, welcher eine zum Abbrennen von Glühkörpern bestimmte Lampe speiste, war offen und der Gummischlauch, welcher zu jener Lampe führte, war an der dem Hahn zugekehrten Seite gelöst. Im Zimmer roch es stark nach Gas. Die Leiche hatte nicht blos auf dem Rücken, sondern auch an den seitlichen Gesichts- und Halstheilen hellrothe Todtenflecke. Festgestellt wurde, dass der Betreffende ein leichtlebiger, zum Trunke neigender Mann war. welchem am Tage vorher wegen Dienstvernachlässigung und Unterschlagung vereinnahmter Gelder mit Strafanzeige und Entlassung gedroht war. Trotzdem war er, äusserlich wenigstens, den Tag über und Abends im Wirthshaus ganz vergnügt gewesen und hatte früh seine Wohnung mit dem Bemerken, er wolle Glühstrümpfe abbrennen, verlassen. Die Berufsgenossenschaft erkannte die Entschädigungspflicht an, weil aus dem Benehmen des Betreffenden nicht ersichtlich war, dass er die Drohung seines Vorgesetzten für Ernst genommen hatte und weil aus der Beschaffenheit des Gasschlauchs nicht geschlossen werden konnte, ob er willkürlich gelöst oder abgeglitten war. Erwägt man, dass bei Trinkern Verstimmungen und moralische Anwandlungen besonders gern früh im nüchternen Zustande sich zeigen, so muss man sagen, dass die Gründe für absichtliches Verschulden und unglücklichen Zufall hier einander die Wage halten.

Gehe ich nun auf die weiteren Umstände der einzelnen Betriebsunfälle ein, so findet sich ein Ueberwiegen der Unfälle in den kleineren Betrieben. Gegenwärtig sind bei der Berufsgenossenschaft im Ganzen für den einzelnen Kalendertag ca. 46 000 Normalarbeitstage à 10 Stunden gemeldet; diese entsprechen einer etwas grösseren Anzahl von physischen Personen, da sich die 10stündige Arbeitszeit auf mehrere Personen vertheilen kann. Von diesen 46 000 Arbeitstagen entfallen allein auf Berlin ca. 4500. Trotzdem hat Berlin in der ganzen Zeit seit Bestehen der Unfallgesetzgebung nur einen tödtlichen Unfall durch Leuchtgas zu verzeichnen. Aehnlich ist es bei den anderen grössten Städten, wie z. B. Hamburg, Breslau, Leipzig, welche gar keinen derartigen Unfall bisher gehabt haben. Man geht wohl nicht fehl, wenn man annimmt, dass bei grösseren Betrieben eine mehr methodische Vertheilung und Beaufsichtigung der Arbeit stattfindet, wodurch eine grössere Betriebssicherheit erzielt wird.

Die fernere Frage, ob etwa durch die Wirksamkeit der Unfallversicherungsgesetzgebung eine grössere Aufmerksamkeit zur Verhütung derartiger schwerer Unfälle in der Weise Platz gegriffen hätte, dass die grössere Zahl der tödtlichen Verunglückungen zeitlich weiter zurückliegt, muss verneint werden. Besonders unfallreich sind die Jahre 1886 und 1896.

Was die Oertlichkeit der Unfälle in den Gasanstalten selbst anbetrifft, so kamen in den grossen Arbeits-Räumen, wo Retorten, Konsendations- und Reinigungs-Apparate aufgestellt sind, niemals Vergiftungen vor. Dieselben vollzogen sich meist in den engen Beiräumen, welche in Form von Schächten, Gruben, Unterkellerungen, unter bezw. neben den Gasbehältern vorhanden sind und in welche durch undichte Leitungen oder durch fehlerhafte Arbeiten an *Verschlüssen* und Rohren Gas eingeströmt war.

Von den Apparaten selbst scheinen mir eine besondere Aufmerksamkeit die sogenannten Reiniger zu verdienen. Es sind dies cylindrische oder länglich-viereckige, verhältnissmässig flache Gefässe, in welche mehrere Hürden aus Holz oder Eisen in ca. 0,3 Meter Entfernung eingesetzt werden. Diese Hürden werden mit einem Reinigungsmittel, meist gemahlenem Raseneisenstein mit Sägespähnen beschickt und nachdem der Apparat mit einem Deckel geschlossen ist, wird das Gas, welches in dem sogenannten Scrubber durch Waschung bereits von vielen Nebenbestandtheilen gesäubert ist, durch den geschlossenen Kasten so getrieben, dass es durch die Reinigungssubstanz sich durchpressen muss.

Von Zeit zu Zeit wird nach Abstellung des Gas-Aus- und Abflusses der Deckel geöffnet und die Reinigungsmasse, um sie wieder gebrauchsfähig zu machen ,wird herausgeholt, ins Freie gekarrt und dort umgeschaufelt.

Der Betrieb gilt als ganz ungefährlich, doch knüpfen sich 2 Todesfälle an das Leeren der Reinigungsmasse und von einem dritten berichtet Becker*) aus einer Gasanstalt, welche Nebenbetrieb einer Zuckerfabrik war. Der letztere Fall war ganz eindeutig, da festgestellt war. dass während des Auskarrens durch fehlerhafte Handhabung eines Ventilverschlusses Gas in den Reiniger gedrungen war. Die von mir gesichteten Fälle müssen als zweifelhaft gelten. Sie fordern aber doch zur Beobachtung auf, ob nicht unter besonderen noch zu erforschenden Umständen zwischenden Hürden Gas in beträchtlicher Menge verbleiben kann, welches dann von den Arbeitern eingeathmet wird.

In dem einen Fall hat die Berufsgenossenschaft eine Entschädigungspflicht anerkannt, in dem andern erstritten die

*) Becker. Deutsche med. Wochenschrift. 1889. No. 26.

Hinterbliebenen vor dem Reichsversicherungsamt ein obsiegendes Erkenntniss.

Die Fälle charakterisiren sich folgendermassen.

1. Der 43jährige Arbeiter V. war am Vormittag des 19. Dez. 1889 damit beschäftigt, das Rasenerz aus einem Reiniger, dessen Ventile vorschriftsmässig abgestellt und dessen Deckel abgehoben und bei Seite geschoben war, auszukarren. Nachdem er die Arbeit begonnen, verliess ihn sein Mitarbeiter für ungefähr eine halbe Stunde. Derselbe fand ihn dann in vornüber gebückter, etwas zusammengekauerter Haltung todt. Er war augenscheinlich im Begriff gewesen, die dritte Hürde hoch zu heben, denn dieselbe lehnte halb aufgehoben noch an seiner rechten Seite. Der hinzugezogene Arzt gab sein Gutachten dahin ab, dass der Tod wahrscheinlich durch Gasvergiftung erfolgt sei. Der Wortlaut des Gutachtens befindet sich nicht in den Akten der Berufsgenossenschaft, sondern in denen der k. Staatsanwaltschaft. V. war viele Jahre im Betriebe beschäftigt. Er war verheirathet, hatte 6 Kinder unter 15 Jahren, war als nüchtern bekannt, war niemals krank und hatte kurz vor Beginn dieser Arbeit in guter Laune und völlig frisch mit den andern Arbeitern gefrühstückt.

2. Der zur Zeit seines Todes 49 Jahre alte Feuermann X. war verheirathet und hatte 7 minderjährige Kinder, von denen das jüngste zur Zeit seines Todes 3 Jahr alt war. Er arbeitete seit 14 Jahren in einem kleinen Gasanstaltsbetriebe, in welchem er wechselweise sämmtliche Betriebsverrichtungen, sowohl die Beschickung der Retorten, als die Beaufsichtigung der Reinigungsapparate leistete. Für gewöhnlich hatte er 12 Stunden Dienst, nur alle 14 Tage Sonntags musste er sich 24 Stunden in der Gasanstalt aufhalten. Es war thatsächlich festgestellt, dass X. schon seit Jahren im Dienste Magenbeschwerden bekam. Manchmal erbrach er dann auch zu Hause. Die Magenbeschwerden und Uebelkeiten waren besonders stark, wenn er 24 Stunden hintereinander in der Gasanstalt verweilen musste. Ob ihm speziell beim Ausräumen der Reinigungsmasse, was alle 2 Tage geschah, übel wurde, war nicht festgestellt, doch sagt sein Mitarbeiter aus, dass er selbst gerade beim Herausschaffen der Reinigungsmasse öfters Erbrechen gehabt habe, gegen welches ihm dann Kaffee half. X., welcher übrigens ein nüchterner Mann war, war bereits ungefähr $^1/_4$ Jahr vor seinem Tode einmal so schwach und krank in der Fabrik geworden, dass er nach Hause gefahren werden musste. Am 11. Oktober 18.. hatte X. Sonntagsdienst. Nach 12stündiger Dienstzeit kam er vorübergehend in seine Wohnung und kagte über starke Uebelkeit, so dass ihm die Ehefrau abrieth, wieder in den Dienst zu gehen. Er that es dennoch und wurde 3 Stunden später schwer krank nach Hause gebracht. Ob er an jenem Abend auch gebrochen hat, ist aus den Akten nicht ersichtlich. Der hinzugezogene Arzt schildert den Zustand folgendermassen:

Der p. X., ein Mann im Alter von ungefähr 50 Jahren, zeigte ein geringes Fettpolster und schwach entwickelte Muskulatur. Die Gesichtszüge waren etwas eingefallen und drückten heftige Schmerzen aus. Die Zunge war trocken und mässig belegt, das Zahnfleisch zeigte am Ober- und Unterkiefer einen schwarzen Saum, der Puls war gespannt und etwas verlangsamt, die Athmung beschleunigt, das Sensorium frei, Fieber nicht vorhanden. Der Leib war kahnförmig, am meisten in der Gegend des Nabels eingezogen, bretthart anzufühlen, ohne jedoch besonders druckempfindlich zu sein. Ausserdem bestand Stuhlverhaltung und häufiger Drang zum Uriniren. Die ausserordentlich heftigen Schmerzen liessen sich selbst durch grosse Gaben narkotischer Mittel nur wenig lindern. Auch war trotz energischer Abführmittel Stuhlgang nicht zu erzielen. Der Tod erfolgte am 12. Oktober gegen Abend unter Erscheinungen von Herzlähmung.

Eine Leichenöffnung fand leider nicht statt. Der behandelnde Arzt dachte bei dem Symptomenkomplexe an eine Bleivergiftung. Es wurde aber nachgewiesen, dass X. bei seinen Arbeiten seit Jahren nicht mit Blei zu thun gehabt hatte.

Aus Anlass des Falles wurden in einer Berliner Gasanstalt, also nicht an der Oertlichkeit, wo der Unfall passirt war, chemische Untersuchungen der Luft angestellt, welche die Arbeiter beim Ausräumen eines Reinigers einzuathmen hatten und es wurde festgestellt, dass der Gasgehalt derselben beim Aufheben der tieferen Hürden bis auf 0,48 Vol. Prozent, das entspricht 0,048 Kohlenoxyd, stieg. Dies liegt unter der Grenze der Konzentration, welche die menschliche Gesundheit schädigt.*)

Der Obergutachter des Reichs-Versicherungsamts gelangte zu folgenden Schlüssen:

Krankheit und Todesursache des X. seien mit Sicherheit nicht festgestellt. Ebenso seien Beweise für das Vorhandensein einer chronischen Bleivergiftung oder einer akuten Kohlenoxydvergiftung nicht erbracht, doch gehe die Wahrscheinlichkeit dahin, dass giftige Gase und giftiger Staub in der Gasanstalt sowohl die chronische Erkrankung als auch die letzte akute Krankheit und damit den Tod des X. bewirkt habe.

Was ferner die Unfälle an den Rohrleitungen anbetrifft, so geschahen diese ausschliesslich durch Gasausströmungen in gemauerten Schächten oder aufgeworfenen Gruben, also überall dort, wo das Gas am ehesten für einige Zeit nach der Ausströmung einen gewissen Konzentrationsgrad beibehalten kann.

Einer der beobachteten Fälle ist insofern lehrreich, als der Arbeiter selbst sich garnicht in der Grube befand, sondern sich nur mit dem Oberkörper hineinbückte und sich trotzdem nicht retten konnte.

Es handelt sich um den 20 Jahre alten Gasschlosser Y, welcher am 26. September des Jahres 18 . . in der Stube einer Gastwirthschaft eine getrennte Rohrleitung wieder herstellen sollte. Er schlug in diese Stube ein Loch, welches 1 m tief war und nicht mehr wie 30 cm im Quadrat lichte Oeffnung gehabt haben soll. Zwecks Vereinigung der Röhren beugte er sich mit dem Kopf und auch etwas mit dem Oberkörper in die Oeffnung, aus welcher starker Gasgeruch hervordrang. Nach kurzer Zeit wurde er ohnmächtig und sank, mit dem Kopf in der Oeffnung liegend, zusammen. Der Wirth und dessen Tochter, welche im gleichen Zimmer sich befanden, bemerkten dies, wie sie meinen, nach kurzer Zeit. Sie trugen ihn sofort ins Freie, es wurden unter Leitung eines Arztes, welcher spätestens 10 Minuten nachher an Ort und Stelle war, $1^1/_2$ Stunden Wiederbelebungsversuche, künstliche Athmung, Hautreizung etc. gemacht, doch Herzschlag und Athmung hatten bereits bei Ankunft des Arztes aufgehört und Y. blieb todt.

(Schluss folgt.)

Referate.

Chirurgie.

Ueber Frakturen und Luxationen der Carpalknochen.

Von Dr. med. F. Höfliger-Zürich.
(Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1901. No. 10/11.)

Als Assistent von C. Kaufmann und unterstützt durch einen zweiten, in der Unfallpraxis stark beschäftigten Zürcher Arzt, Dr. Baer, verfügt H. über eine ungewöhnliche Anzahl von Fällen der im Titel bezeichneten Art. Wir glauben, bei dem Interesse der Sache über seinen Aufsatz besonders ausführlich berichten zu sollen.

Im kasuistischem Theil werden folgende Fälle mitgetheilt:

1. Bruch des linken Kahnbeins. Der Kranke ist etwa 1 m hoch mit der nach vorn gebeugten linken Hand auf eine Eisenschiene aufgeschlagen; es wurde Bruch oder Verrenkung der Speiche angenommen und demgemäss behandelt. Schmerzen in der Hand und eine Versteifung des Handgelenkes blieben bestehen. Vierzehn Monate nach der Verletzung kann die Hand rückwärts garnicht, vorwärts nur etwa 20 Prozent und seitwärts nur andeutungsweise gebeugt werden. Statt dass man, wie an der gesunden Hand, vor dem Speichenende mit der Zeigefingerspitze $^1/_2$ cm weit in die Tiefe eindringen kann, stösst man an dieser Stelle, besonders auf dem Handrücken, auf einen vorstehenden kleinen Knochen, welcher druckempfindlich ist. Die ganze Gegend des Kahnbeins thut bei Druck, forcirten Bewegungen und Stoss auf den Daumen weh. Im Röntgenbilde

*) Gruber, Arch. für Hyg., 1883, Heft 1 Seite 145.

sind statt des einheitlichen, durch seine Form kenntlichen Schattens des Kahnbeins drei von einander theilweise getrennte Knochenschatten sichtbar. Das Kahnbein wird darauf, nachdem die Diagnose richtiggestellt ist, operativ entfernt. Die Schmerzhaftigkeit ist seither verschwunden, die Beweglichkeit nach der Seite und nach vorn hat sich etwas gebessert, die Muskulatur der Hand und des Vorderarms ist aber noch recht schlaff.

2. Bruch des linken Kahnbeins. Die Verletzung erfolgte durch Sturz von der Höhe auf die linke Körperseite. Der Kranke kann keine Angabe darüber machen, wie er die Hand dabei gehalten hat. Zwei Monate nach der Verletzung ist die einzige fühlbare Veränderung ein 1 cm breiter, schmerzhafter knöcherner Vorsprung vor dem unteren Speichenende. Das Handgelenk ist fast völlig versteift; im Röntgenbilde sieht man das Kahnbein in drei Theile zerbrochen.

3. Bruch des rechten Kahnbeins. Dem Kranken ist die Kante eines Kohlenwagens auf den Rücken der rechten Hand aufgefallen. Auf der Vorderseite in der Gegend des Handgelenks hat eine grosse Wunde bestanden, die mit Eiterung heilte. Zurückgeblieben ist eine strahlige, mit der Fascie verwachsene Narbe und eine Verdickung im Bereich der Handwurzelknochen. Das Handgelenk ist unvollkommen versteift. Die Entfernung vom hinteren Ende des zweiten Mittelhandknochens zum grossen Vielecksbein ist vergrössert, die Entfernung vom Stiftfortsatz der Speiche zum ersten Mittelhandknochen verkleinert. Im Röntgenbilde sieht man bei einer Aufnahme von der Handfläche aus nur, dass der Schatten des Kahnbeins stark verkleinert ist, bei seitlicher Aufnahme zeigt sich ein hinter die Speiche verlagerter, linsenförmiger Knochenschatten, der das zweite Bruchstück des Kahnbeins darstellt. [Bei der Beschreibung dieses Falles wird im Urtext anfangs nur von der linken Hand gesprochen, das Röntgenbild und die weitere Schilderung des Falles lassen aber keinen Zweifel, dass es sich um die rechte handelt.]

4. Verrenkung des linken Mondbeins. Der Unfall bestand in einem Sturz aus 6,5 m Höhe auf die linke Körperseite. Der Verletzte konnte in der nächsten Stunde noch eine Leiter umhertragen, dann schwoll die linke Hand an und schmerzte. Es wurden nur kühlende Umschläge und Wattepackungen angewandt. Als Verf. $^3/_4$ Jahre später den Kranken sah, war die Beugung im Handgelenk nach vorn nur wenig, nach hinten aber stark beeinträchtigt, die Drehung des Vorderarms fast ganz aufgehoben, die Beugung der Finger stark gehemmt. An der Vorderseite des Handgelenks fühlte man einen haselnussgrossen Knochenvorsprung, der bis zur Sehne des speichenseitigen Handbeugers reichte und unter den Beugesehnen lag. Das Köpfchen des ersten Mittelhandknochens war vom stiftförmigen Fortsatz der Speiche links $^1/_2$ cm weniger weit entfernt als rechts. Auf dem Röntgenbilde zeigte sich das Mondbein nach vorn verrenkt. Es wurde operativ entfernt, und das Heilresultat war ein sehr gutes.

5. Verrenkung innerhalb der linken Handwurzel. Die Verunglückung bestand in einem Sturz von der Treppe. Hand- und Fingergelenke sind fast völlig in Streckstellung versteift, es hat sich eine ausgesprochene Glanzhaut entwickelt. Vor dem unteren Theil der Speiche befindet sich ein Vorsprung, der die Handwurzel wohl auf das Doppelte verdickt. Ferner fühlt man auf dem Handrücken in der Verlängerung des zweiten Mittelhandknochens eine rundliche Erhabenheit unter den Strecksehnen und wiederum auf der Vorderfläche eine, die Beugesehnen abhebende, etwa halbwallnussgrosse, knöcherne Vorragung. Im Röntgenbild (Vorderansicht) ist die Form des Handgelenks stark verändert, denn der Speichenschatten überlagert einen Theil des Kahnbeins und das Dreieckbein ist der Gelenkfläche der Elle ungewöhnlich genähert. Ferner ist das Kahnbein so gedreht, dass seine Längsachse fast senkrecht steht. Seitlich aufgenommen, steht nur das Mondbein in seiner regelrechten Verbindung mit der Speiche. Das Kahnbein hat diese Verbindung gelöst und ist rückwärts verlagert, das Kopfbein ist aus seiner Verbindung mit dem Mondbein herausgetreten und gleichfalls rückwärts verlagert. Die Handwurzelknochen sind also in ihrer Gesammtheit gegen das Mondbein nach hinten verrenkt. Ein Versuch, die Bewegungsfähigkeit durch Entfernung des Kahnbeins und Mondbeins zu bessern, ist misslungen.

6. Verrenkung des Kahn- und Mondbeins, Bruch des Kahnbeins. Von einer komplizirten Verletzung ist u. A. eine mittlere Beschränkung der Beweglichkeit im Handgelenk zurückgeblieben. Die Entfernung vom Speichenende zu den Köpfchen der ersten beiden Mittelhandknochen ist verringert. Ueber der Speiche lagert unter den Beugesehnen eine halbwallnussgrosse Knochenmasse, dagegen lässt sich an der Stelle, wo das Kahnbein fühlbar sein sollte, die Haut tief eindrücken. Im Röntgenbilde sieht man, dass Kopfbein und Hakenbein unmittelbar der Speiche aufliegen. An Stelle des Kahnbeins liegt nur ein kleiner Knochenschatten, während ein grösserer, der offenbar das Mondbein und einen Theil des Kahnbeins darstellt, das untere Speichenende überragt.

7. Querbruch des Kahnbeins. Das äussere Bruchstück stemmt sich gegen den stiftförmigen Fortsatz der Speiche und wirkt dadurch bewegungshemmend. Es wird mit gutem Erfolge operativ entfernt.

8. Bruch des Kahnbeins und Absprengungsbruch der Speiche. Theilbefund einer komplizirten Handverletzuug durch Einklemmung zwischen Walzen.

9. Bruch des linken Kahnbeins. Verhältnissmässig geringe Bewegungsstörung bei doppeltem Bruch des Knochens.

10. Ein gleichartiger Fall.

11. Verrenkung des Mondbeins, welches gleichzeitig so gedreht ist, dass die ursprünglich mit dem Kopfbein zusammenhängende Gelenkfläche nunmehr nach vorn schaut.

12. Ein gleichartiger Fall.

13. Verrenkung innerhalb der rechten Handwurzel. Ein Seitenstück zu Fall 5.

14. Unvollkommene Verrenkung des linken Mondbeins. Der Knochen ist zwar aus seiner Gelenkverbindung nach vorn verlagert, aber nicht gedreht.

Im allgemeinen Theil hebt Verf. zunächst hervor, dass die schwereren, komplizirteren Verletzungen schon von früheren Autoren ausgiebig geschildert worden sind, während die Verletzungen einzelner Handwurzelknochen erst unter der Herrschaft der Unfall-Versicherungs-Gesetze mehr Beachtung gefunden haben. Er giebt an der Hand der Literatur und seiner Beobachtungen eine Darstellung der beiden häufigsten derartigen Verletzungen: des Bruchs des Kahnbeins und der Verrenkung des Mondbeins.

Der Kahnbeinbruch entsteht beim Fall auf die vorgestreckte Hand, wenn dieselbe nach der Speichenseite gebeugt ist. Die Vieleckbeine, auf die der Stoss zunächst einwirken würde, weichen angeblich nach dem Handrücken zu aus; das Kahnbein wird gegen den Boden fixirt und dabei soweit krumm gedrückt, dass es mitten durchbricht. Ferner kann beim Fall auf die rückwärts und ellenwärts gebeugte Hand der Bruch dadurch entstehen, dass das zwischen Speiche und Vieleckbein festgehaltene Kahnbein von dem Kopf des Köpfchenbeins an der konkaven Seite getroffen und dadurch gesprengt wird.

Schliesslich kommt es noch vor, dass bei gewaltsamer Vorwärtsbeugung der Hand das Kahnbein zwischen den Vielecksbeinen und der Speiche zusammengepresst und zersprengt wird. Ob Brüche durch unmittelbare Gewalt vorkommen, ist fraglich.

Die Verletzung frisch zu erkennen, ist bisher meist misslungen. In älteren Fällen findet man das Handgelenk meist mehr oder weniger in Speichenbeugung versteift, die Gegend des Kahnbeins druckschmerzhaft. Das untere Ende der Speiche hat, wie die Abtastung ergiebt, seine normale Form. Markirt man bei gleicher Stellung der beiden Hände einerseits die vordere Spitze des stiftförmigen Speichenfortsatzes, andererseits die Gelenkspalte am Daumenansatz, so ist die Entfernung an der gesunden Hand um 0,5—1,5 cm grösser als an der kranken. In frischen Fällen wird auch Krepitation zu erzielen sein. Im Zweifel entscheidet das Röntgenbild.

Die Prognose ist, wie bei allen Gelenkbrüchen, zweifelhaft. Bardenheuer empfiehlt nachdrücklich Anlegung eines Streckverbandes für 8 Tage, dann medico-mechanische Nachbehandlung. Höfliger zweifelt an der Sicherheit dieses Verfahrens und hält auch 8 Tage für eine zu kurze Zeit. In veralteten Fällen empfiehlt er, falls ein Eingriff gewünscht wird, die Resektion des verletzten Knochens. Dieselbe ist am besten, um Nachblutungen zu vermeiden, ohne Blutleere auszuführen, die Schnittführung ist die für die Resektion des Handgelenks übliche.

Die Verrenkung des Mondbeins erfolgt am häufigsten nach vorn. Bei Fall auf die Handfläche übt der dritte Mittelhandknochen vermittels des Köpfchenbeins einen Druck auf das an sich schon etwas vorspringende Mondbein, die umgebenden Bandmassen werden gesprengt und der Knochen tritt unter die Beugesehnen. Bei Fall auf den Handrücken kann in ähnlicher Weise die Verrenkung nach hinten erfolgen.

Der nach vorn verrenkte Knochen liegt gut abtastbar in der Gegend des Handgelenks unter der Sehne des äusseren Handbeugers und der Fingerbeuger, die Hand hat ihre gewöhnliche Stellung und lässt sich fast in normaler Weise nach vorn beugen, dagegen ist ihre Rückwärtsbeugung und das Einschlagen der Finger zur Faust behindert, die Auswärtsdrehung des Vorderarms aufgehoben. Vielecksbein und Speiche sind einander ein wenig genähert. Eine Röntgenaufnahme ist kaum nöthig.

Die Verrenkung durch Druck und Zug zurückzubringen, ist bisher nur einmal gelungen. Blutige Entfernung des ganzen Knochens giebt gute Resultate.

Ein Fall von doppelseitiger Luxatio manus dorsalis.

Von Dr. Wiessner-Luckau.
(D. med. Wochenschr. 1901. No. 20.)

Ein Schüler versucht beim Turnen den sog. halben Riesenschwung. Während des Rückwärtsschwingens gleitet er mit beiden Händen von der Reckstange ab und stürzt, die Hände voran, auf den Fussboden. Der Arzt findet ihn mit krampfhaft hochgestreckten Armen und heftigen Schmerzen in beiden Handgelenken. Beiderseits ist die Hand bajonnettartig gegen den Vorderarm abgeknickt, so dass der Durchmesser des Handgelenkes von der Rückenfläche zur Handfläche verdoppelt ist. Es besteht keine abnorme Beweglichkeit, sondern nur völlige Steifheit des Gelenkes. Man kann von vorn her die untere Gelenkfläche der Speiche vollständig abtasten, die stiftförmigen Fortsätze der Speiche und der Elle stehen einander in normaler Weise gegenüber. Es handelt sich also um reine Verrenkungen. Durch entsprechenden Zug und Druck gelang die Einrenkung leicht ohne Narkose. Nach etwas mehr als drei Wochen waren alle Folgen der Verletzung beseitigt.

Ein Beitrag zu den Frakturen im Carpo-Metacarpalgelenk des Daumens.

Von Dr. A. Blenke-Magdeburg.
(Mon. f. Unf. 1901. No. 4.)

Der von B. veröffentlichte Fall ist in der ärztlichen Literatur der dreizehnte seiner Art. Ein Mann fällt vom Rade und verrenkt sich dabei, wie er meint, den Daumen. Es gelingt ihm, den heraussteheuden Knochen durch Druck wieder an seine richtige Stelle zu bringen. Nachträglich macht der Arzt einen festen Verband, die Nachbehandlung besteht in Massage und Elektrizität. Es bleiben jedoch Schmerzen und Schwäche in dem Daumen zurück.

Objektiv sieht man zunächst nur, dass der erste Mittelhandknochen in seinem Wurzelgelenk etwas nach dem Handrücken zu verschoben ist. Die Daumenmuskulatur ist beiderseits gleich. Bei Bewegungen nimmt man jedoch wahr, dass der verletzte Daumen um $1\frac{1}{2}$ cm weniger weit abgespreizt werden kann, als der gesunde, und dass er auch beim Einschlagen nicht ganz an die Wurzel des kleinen Fingers herangebracht werden kann. Passiv gelingt es zwar, die Bewegungen genügend ausgiebig, aber nicht ohne starke Schmerzen auszuführen. Auf dem Röntgenbilde sieht man, dass der Gelenktheil des ersten Mittelhandknochens da, wo derselbe an seinen Nachbarknochen grenzt, schräg abgesprengt ist.

Es handelt sich also um einen sog. Bennettschen Bruch.

Verf. ist mit König der Ansicht, dass ohne Röntgenbild nur in manchen Fällen eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden kann. Die Heilungsaussichten sind nicht besonders gut.

Narbenplastik an der Hand.

Von Dr. J. Riedinger-Würzburg.
(Monatsschr. f. Unfallh. 1901. No. 7.)

Eine komplizirte Handverletzung hinterliess ausser einem Verlust der zwei letzten Glieder des Ringfingers eine mächtige Narbe auf dem Handrücken, die sowohl mit dem steifgebliebenen Ringfingerstumpf als besonders auch mit dem Mittelfinger und auch mit dem Zeige- und kleinen Finger in Verbindung stand. Der steife Ringfingerstumpf wurde ausgelöst, die Narbe ausgeschnitten. Durch die Auslösung des Stumpfes wurde ein Hautlappen von der Vorderseite gewonnen, der zur Deckung des Defektes am Handrücken benutzt wurde. Um ihn gut umschlagen zu können, waren noch Hilfsschnitte in den Zwischenfingerfalten nothwendig. Jetzt hat der Verletzte an Stelle der früheren verwachsenen und häufig aufbrechenden, die Bewegung der ganzen Hand hemmenden, eine verschiebliche und glatte Narbe und die Finger sind bereits viel beweglicher geworden.

Neurologie.

Ueber transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis.

Von Dr. M. Sander, Frankfurt a. M.
(D. med. W. 1901 No. 28.)

An der Hand von 4 Krankengeschichten zeigt Verf., dass bei Personen mit vorher in keiner Weise nachweislich krankem Seelenleben heftige Gemüthsbewegungen im Stande sind, plötzliche Geisteskrankheiten auszulösen, die nur Stunden oder höchstens Tage dauern.

Der erste Fall betrifft ein unbelastetes, bisher gesundes Dienstmädchen, der ihre Mutter die Erlaubniss zu einer Heirath verweigert hatte. Sie wurde plötzlich unruhig, wollte zum Fenster herausspringen, hatte „Schüttelfrost", einen rothen Kopf u. s. w. Dann phantasirte sie die ganze Nacht, vor-

nehmlich von ihrem Geliebten, sah und hörte allerlei Wesen und Dinge, schwatzte, biss sich auf die Lippen, spuckte viel. Gegen Morgen schlief sie ein, und nachher war mit der Geistesstörung auch die Erinnerung daran verschwunden. Hysterische Stigmata fehlten.

Auch die zweite Kranke ist ein junges Dienstmädchen, nicht ganz unbelastet, immer etwas reizbar. Sie erkrankte im Anschluss an eine aufregende Nachricht ihres Liebhabers sehr ähnlich wie die erste Kranke, verlor während der Störung das Schmerzgefühl fast am ganzen Körper. Der Zustand dauerte 24 Stunden, Zeichen von Hysterie fehlten nachträglich auch hier.

Dann folgt eine schwer belastete, stets reizbare Bonne, bei der Liebeskummer und Ueberanstrengung zusammengewirkt hatten. In der Nacht sprang sie plötzlich aus dem 4. Stock auf die Strasse. Nachträglich gab sie an, plötzlich Angst verspürt und sich vor einem schwarzen Mann gefürchtet zu haben. In der Rekonvaleszenz machte sie noch eine vierzehntägige akute Geistesstörung durch.

Der letzte Kranke ist ein wieder erheblich belasteter schwächlicher und zaghafter Rekrut, der im Dienste viel getadelt wurde und sich dies sehr zu Herzen nahm. Er bat, während des Dienstes austreten zu dürfen und wurde nachher angekleidet im Bette in einem starrsüchtigen Zustande getroffen, in dem er Anfangs noch mit einzelnen Worten andeutete, dass er sich für todt hielt. Nach 6 Tagen war plötzlich die Seele völlig aufgehellt, für die Zeit der Starrsucht fehlte die Erinnerung.

Trotz fehlender hysterischer Kennzeichen glaubt Verf. als Grundlage dieser rasch vorübergehenden Geistesstörungen Hysterie annehmen zu sollen: Der plötzliche Beginn und plötzliche Schluss, die kurze Dauer, die völlige Unorientirtheit, die nachfolgende Gedächtnisslücke und die Verwendung der vorherigen Gedanken in die Halluzinationen — Alles das spricht sehr für Hysterie.

Wichtig ist die Kenntniss und rechtzeitige Erkennung solcher Zustände besonders wegen der grossen Selbstmordgefahr, die sie bedingen.

Ueber die physiologische Grundlage der hysterischen Ovarie.

Von Dr. Steinhausen.

(Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk., 19. Bd., 5.—6. Heft.)

Schon immer erschien es Verf. zweifelhaft, ob die durch mehr oder weniger plötzlichen und stärkeren Druck auf die seitlichen Unterbauchgegenden hysterischer Individuen ausgelösten Reaktionserscheinungen den ihnen vielfach beigelegten diagnostischen Werth beanspruchen können. Daher stellte Verf. Controluntersuchungen an einer grossen Zahl möglichst normaler Individuen an. Er benutzte hierzu Mannschaften des aktiven Dienststandes der Armee; um recht weitgehende Garantien zu haben, wurden alle körperlich nicht völlig Gesunden ausgeschlossen, und die Untersuchung wurde zu einer Zeit ausgeführt, welcher übermässige Anstrengungen nicht vorausgegangen waren. Suggestive Beeinflussung wurde ausgeschlossen. Bei nicht weniger als 88 Prozent fand man Reaktionserscheinungen, bei denen unterschieden werden sensible, motorische, psychische, vasomotorische, respiratorische Erscheinungen, Pupillenerweiterung und anderweitige Erscheinungen. Viele Individuen zeigten 5—6 Erscheinungen in wechselndster Kombination. Verf. zieht hieraus den Schluss, dass es sich bei der Ovarie um rein physiologische Vorgänge handelt, gewissermassen um einen visceralen Kitzel, und dass sie an sich keine Beziehungen zur Hysterie hat. Die hysterische Ovarie ist nur eine krankhafte, innerhalb der weitesten Schwankungen verlaufende Steigerung des Visceralkitzels. Alle Elemente des ausgeprägten, hysterischen, durch Druck auf das Abdomen ausgelösten Anfalls sind in den Erscheinungen des Visceralkitzels bereits im Keime enthalten; man kann daher diesen geradezu als das physiologische Vorbild des hysterischen Anfalls bezeichnen.

Der diagnostische Werth der Ovarie ist gering; um so mehr sollte man, vor Allem auch im Interesse der Kranken, von einer darauf hinzielenden Prüfung in der Mehrzahl der Fälle absehen. Ernst Schultze.

Vergiftungen.

Zur Lehre von der Schwefelkohlenstoffvergiftung.

Von E. Mendel.

(Berl. klin. Wochenschr. 1901. No. 30.)

Die Kasuistik der Schwefelkohlenstoffvergiftung bei Gummiarbeitern wird durch den Verfasser um zwei einander ähnliche Fälle bereichert. In beiden handelt es sich um Muskelschwund im Gebiete der drei grossen Armnervenstämme mit partieller Entartungsreaktion und um eine Muskelschwäche im Gebiete des Schienbein- und Wadenbeinnerven, welcher jedoch elektrisch bei dem einen Kranken keine Veränderung, bei dem andern nur eine träge Zuckung der kurzen Zehenstrecker entspricht. Es fehlt jede Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, und Empfindungsstörungen werden bei dem einen Kranken völlig vermisst, während sie sich bei dem andern auf eine, nur den äussern Fussrand betreffende Gefühlsabstumpfung beschränken.

Bei diesem Krankheitsbilde wird man nicht wohl annehmen können, dass eine Entzündung der peripheren Nerven zu Grunde liegt, es lässt sich am ehesten mit einer Erkrankung der Vorderhörner erklären. Im Thierexperiment hat Köster auch schon die Angreifbarkeit der Vorderhirnganglien durch Schwefelkohlenstoff nachgewiesen.

Mendel deutet an, dass die gewerbehygienischen Vorschriften auf diesem Gebiete doch noch nicht ausreichend sind, da er allein aus einer Fabrik, in der nur neun Arbeiter beim Vulkanisiren beschäftigt sind, die beiden oben geschilderten Kranken und einen dritten mit seelischer Störung in Behandlung hat, während nach Angabe der Patienten noch mehrere von ihren Mitarbeitern in ähnlicher Weise leidend sein sollen.

Augen.

Auge und Berufswahl.

Von Dr. Radziejewski.

Verhandlungen der Deutsch. Gesellsch. f. Gessundheitpflege zu Berlin.
(Hygienische Rundschau. 1901. No. 7.)

Verf. weist auf die grosse Wichtigkeit einer genauen Untersuchung der Augen für die Berufswahl hin und verlangt, dass jedes Kind vor dem Eintritt in die Schule hinsichtlich seiner Sehfähigkeit u. s. w. geprüft werde, damit beim Unterricht eventuell auf bestimmte Fehler Rücksicht genommen werden könne. Auch beim Austritt aus der Schule ist es erforderlich, dass jedes Kind sich ärztlichen Rath einhole, ob es für den gewählten Beruf tauglich sei. Für die Befähigung zur Ausübung eines bestimmten Erwerbszweiges ist nicht der Brechungszustand der Augen massgebend, sondern die Sehschärfe. Verf. stellt auf Grund mehrjähriger Erfahrung eine Tabelle auf über die für die einzelnen Berufsarten erforderliche Sehschärfe. Er unterscheidet drei Kategorien von Erwerbszweigen: 1. solche, für welche jedes Auge eine Sehschärfe von zwei Drittel oder mehr besitzen muss. 2. solche, für welche auf dem einen Auge zwei Drittel, auf dem anderen ein Drittel der normalen

Sehschärfe erforderlich ist. 3. solche, für welche eine geringere als die bei 2. angegebene Sehschärfe genügt. Da sich bei jeder dieser Kategorien auch höhere Berufszweige finden z. B. bei No. 3: Gärtner, Konditor, Koch, Weinküfer, so kann besonderen Wünschen in weitgehender Weise Rechnung getragen werden. Es ist häufig erforderlich, die Sehschärfe jedes Auges einzeln in Betracht zu ziehen. So wird z. B. ein Kutscher mit zwei Drittel Sehschärfe auf dem einen, ein Drittel auf dem anderen Auge, bei einer zufälligen Verletzung des besseren Auges, noch im Stande sein, nach Hause zu fahren. Als Beispiel für die Folgen einer falschen Berufswahl führt Verf. eine hochgradig kurzsichtige Schneiderin an, die kaum im Stande ist, dauernd zu nähen, dagegen sehr wohl gröbere Hausarbeit verrichten könnte. Gerade in der heutigen Zeit, bei dem Mangel an Dienstboten, wäre hier Gelegenheit gegeben, derartige Personen geeigneten Falls auf die Vorzüge dieses Berufes hinzuweisen. Verf. hat eine grössere Anzahl von Kindern, welche die Schule verliessen, augenärztlich untersucht und ihnen hinsichtlich ihrer Berufswahl Rathschläge ertheilt. Der Vorschlag des Verfassers, vor dem Eintritt in einen Beruf, ein ärztliches Zeugniss über die körperliche Befähigung zu diesem Beruf einzufordern, ist von den Buchdruckern in Berlin bereits durchgeführt worden. Groenouw.

Ueber Augenverletzungen im landwirthschaftlichen Betriebe.

Von Dr. G. Brandenburg-Trier.

(Zeitschrift für Augenheilkunde. Bd. V. S. 345—859.)

Verf. giebt eine Zusammenstellung über 410 durch Unfall bedingte Augenverletzungen der Rheinischen landwirthschaftlichen Berufs-Genossenschaft, von diesen betrafen 302 Männer und 106 Weiber, 2 Männer erlitten je 2 Unfälle. In 52,08 Prozent war das rechte, in 47,08 Prozent das linke und in 0,24 Prozent beide Augen befallen. Ueber 60 Jahre alt waren 27 Prozent der Verletzten; es wird dies dadurch bedingt, dass meist der Betriebsunternehmer selbst mit seinen Familienmitgliedern den Acker bearbeitet und daher die Leute bis in ihr hohes Alter hinein arbeiten. Was die Vertheilung auf die verschiedenen Monate anbetrifft, so fallen auf die Erntemonate Juli, August, September 37 Prozent aller Augenverletzungen und 48 Prozent aller Fälle von Ulcus serpens. Unter den 410 Unfällen hatte 404 mal die Sehschärfe gelitten. Was die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit anbetrifft, so zeigten sich darin zum Theil sehr erhebliche Schwankungen seitens der einzelnen Gutachter, der Verlust eines Auges bei gesundem zweiten wurde z. B. mit 50—15 Prozent Rente bewerthet. Die Folgen der Verletzungen waren sehr schwer, fast die Hälfte aller Augen (48,5 Prozent) erblindete vollständig. Es kamen im Ganzen 197 Augen mit Ulcus serpens zur Beobachtung, in zweiter Reihe stehen die nicht infektiösen Verletzungen durch stumpfe Gewalt mit 126 Fällen. Einige Male wurde indirekte traumatische Netzhautablösung beobachtet, d. h. Abhebung der Netzhaut nach starken körperlichen Anstrengungen oder Erschütterungen. Verf. weist darauf hin, dass man diese Fälle nach Analogie der Bruchschäden beurtheilen müsse Zur Anerkennung eines Betriebsunfalles ist daher zu verlangen, dass erstens eine zeitlich begrenzte, über den Rahmen der gewöhnlichen Betriebsarbeit hinausgehende körperliche Anstrengung vorliegt, und dass zweitens die Ablösung sich unmittelbar an dieses Ereigniss anschliesst. Zur Vermeidung der schlimmen Folgen der Augenverletzungen empfiehlt Verfasser namentlich beim Ulcus serpens sofortige Zuweisung der Erkrankten an einen Augenarzt oder an ein Krankenhaus. Bei Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit in Prozenten empfiehlt sich die Abrundung auf durch 5 theilbare Zahlen, ausser bei $33^1/_3$ Prozent und $66^2/_3$ Prozent. Zwei Bestimmungen des neuen Unfallversicherungsgesetzes verdienen noch besondere Beachtung, nämlich erstens die Möglichkeit, bei Renten bis zu 15 Prozent eine Kapitalabfindung zu gewähren und zweitens der Umstand, dass für Verletzte, welche in Folge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch fremder Wartung und Pflege bedürftig sind, die Rente bis zu 100 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen ist. In Fällen der letzteren Art z. B. bei grossen Leukomen mit Katarakt wird man zur Beseitigung der Hilfslosigkeit häufig noch eine Operation anrathen können, deren Kosten bisher von der Berufsgenossenschaft nicht übernommen wurden, weil eine nennenswerthe Erwerbsfähigkeit auch durch die Operation nicht erzielt wurde. Groenouw.

Ueber das Rentenwesen bei landwirthschaftlichen Augenunfällen.

Von Dr. Cramer.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen VIII. 1901. Seite 135 bis 142.)

Verfasser weist darauf hin, dass bei der Begutachtung von Augenunfällen bei landwirthschaftlichen Arbeitern andere Grundsätze anzuwenden seien, als bei industriellen Arbeitern. Die Entschädigung sei für die erste Zeit zu gering, da sich der Landmann rücksichtslos allen Witterungseinflüssen aussetzen müsse und so der anfangs noch vorhandene Reizzustand des Auges vermehrt werde. In Folge dessen werde der Verletzte gezwungen, bestimmte Arbeiten ganz zu unterlassen. Es müsse daher die Rente anfangs sehr hoch, etwa auf 50 Prozent festgesetzt werden. Dies Verfahren habe indessen das eine Bedenken, dass eine spätere Herabsetzung der Rente stets auf grossen Widerstand von Seiten des Verletzten stosse und diesen zu Simulation verführe. Die beste Abhilfe hiergegen wäre gegeben, wenn sofort bei der ersten Festsetzung der Rente bestimmt würde, dass diese für das erste Jahr etwa 50 Prozent, von da an aber nur etwa 15 Prozent zu betragen habe. Leider giebt aber das R. V. A. eine derartige Form der Rentenbewilligung nicht zu. Viele Renten für kleinere Augenunfälle sind thatsächlich mehr ein Schmerzensgeld als ein Schadenersatz, Verf. schlägt daher vor, in diesen Fällen eine Kapitalabfindung zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft spare so an Verwaltungskosten und der Arzt sei der unangenehmen Pflicht überhoben, durch die immer wieder nöthig werdende erneute Begutachtung als der böse Feind der Rentenbewerber zu erscheinen. Groenouw.

Blinde Arbeiter-Invaliden.

Von San.-Rath Dr. Baer-Hirschberg.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. VIII. 1901. S. 142 bis 144.)

Verfasser betont zunächst ausdrücklich, dass den Verletzten von Seiten der Berufsgenossenschaft stets mit einem gewissen Wohlwollen entgegengekommen würde und dass es durchaus wahrheitswidrig sei, wenn die „Grenzboten" behaupten, es finde stets ein erbitterter Kampf um die Rente statt. Gleichwohl lässt sich noch manches zur Verbesserung des Looses der Arbeiter-Invaliden thun. Insbesondere kommen hier in jüngeren Jahren erblindete Personen in Frage. Für diese würde die Unterbringung in einer Blindenanstalt und die Möglichkeit, wieder zu arbeiten, ein grosser Segen sein. Leider stosse man dabei aber häufig auf Widerstand seitens der Verletzten, während die Berufsgenossenschaften sich entgegenkommend erwiesen. Es ist also an den Aerzten, ihre Patienten auf den angedeuteten Weg zu ihrem Heile zu weisen.

Groenouw.

Hygiene.

Ueber die sanitätspolizeiliche Ueberwachung des Radelns, besonders bezüglich der Geschäftsdreiräder für halberwachsene, junge Leute.

Von Proelss.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Bd. XXXIII. Seite 401.)

Nachdem der Verf. den Nutzen eines gemässigten Radfahrens wie die Schäden, die ein übertriebenes Radfahren zur Folge hat, an der Hand der vorliegenden Untersuchungen und Erfahrungen eingehend geschildert hat, fasst er die Ergebnisse seiner Untersuchungen dahin zusammen, dass der Staat ein grosses Interesse an der Ueberwachung des Radelns und speziell der Ueberwachung und Beschränkung des Fahrens angestellter junger Leute auf Geschäftsfahrrädern hat. Soweit hierbei die private Bevölkerung in Frage kommt, steht hier nur der Weg der Belehrung offen, wobei Folgendes zu berücksichtigen ist: Es ist für beide Geschlechter gesund, mässig schnell und mässig oft zu radeln. Die noch im Bereiche des gesundheitlich zuträglichen Masses liegende Grenze der Fahrgeschwindigkeit bildet für Männer die Fahrzeit von 4 Minuten auf 1 km, für Frauen von 5 Minuten. Für Kinder ist es besser, wenn sie nicht radfahren, sondern schwimmen, turnen, ballspielen u. s. w. — Für Halberwachsene entstehen besonders leicht Gefahren. Die Haltung des Radfahrers sei eine aufrechte, er athme nur durch die Nase und breche bei zu grosser Pulsschnelligkeit (über 90) die Tour ab. Ueberhaupt empfiehlt es sich, einen Arzt zu fragen, ehe man überhaupt ein Rad anschafft. Nur gute Räder in gut gepflegtem Zustande sind zweckmässig.

Rauchen und Alkoholgenuss sind zu vermeiden, eine geeignete, anliegende Kleidung empfehlenswerth.

Besondere Bestimmungen sind ausserdem von denjenigen staatlichen und kommunalen Behörden, welche Radfahrer beschäftigen (Heer, Post, Wegebau, Feuerwehr) zu treffen. In Frage würde kommen: Anschaffung guter Räder, gute Instandhaltung derselben, Instruktion über geeignete Fahrgeschwindigkeit, Beschaffung geeigneter Radfahrkleidung, Untersuchung der Radfahrer auf Gesicht, Gehör, Brustorgane und Entwicklung, Festsetzung einer Minimalaltersgrenze von 17 Jahren.

Für besonders dringlich muss die Regelung der Beschäftigung von erwachsenen, namentlich jugendlichen Arbeitern zum Fahren mit Geschäftsdreirädern erachtet werden. Hier wäre die Verwendung von Personen unter 20 Jahren zum Dreiradfahren zu verbieten und eine sorgfältige Untersuchung der Fahrer vor ihrer Verwendung auf Kosten des Arbeitgebers oder einer Krankenkasse vorzuschreiben.

Diese Untersuchung hat sich auf Herz, Lunge, Brustkorb und Brustumfang, Puls, Muskulatur und Sinnesorgane zu erstrecken. Ebenso ist das Rad, das eine bestimmte Uebersetzung (50 englische Zoll) und ein bestimmtes Gewicht (50 kg mit Kasten) nicht übersteigen darf, vor der Einstellung auf seine Tauglichkeit durch einen Sachverständigen zu untersuchen. Die Belastung des Kastens, der mittels federnden Gestells auf dem Rade befestigt sein muss, und zwar am besten vor dem Fahrer, soll 30 kg nicht übersteigen. Alljährlich ist die Besichtigung des Rades und die Untersuchung des Fahrers zu wiederholen und bei einem Zurückgehen des Allgemeinbefindens die Erlaubniss zum Dreiradfahren zurück zu nehmen. Für geeignete Kleidung und Bereitstellung von Räumen zum Umkleiden ist Sorge zu tragen, das Rauchen zu verbieten und eine Schnelligkeit unter 7 Minuten pro Kilometer nicht zu gestatten. Roth-Potsdam.

Was ist bisher über den Einfluss der Höhenlage (Stockwerklage) der Wohnungen in den Grossstädten statistisch festgestellt? Wie lässt sich dieser Einfluss erklären?

Von Robert Dölger.

(Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, XXXIII. Bd. S. 44.)

Nach Voranschickung der Untersuchungen von Körösi, Boekh und Schwalbe über die Unterschiede der Sterblichkeit in den verschiedenen Wohnungslagen exemplifizirt der Verf. die den Keller- und höchstgelegenen Wohnungen besonders anhaftenden Eigenthümlichkeiten an der Hand der Untersuchungen Solbrig's über die Liegnitzer Arbeiterwohnungsverhältnisse im Jahre 1893. Auch hier zeigten hinsichtlich der Grösse und Beleuchtung die Keller- und höchstgelegenen Wohnungen die ungünstigsten Verhältnisse. Aus den Untersuchungen Emmerich's wissen wir ferner, dass die Verunreinigung der Zwischenböden im Parterre und den höchsten Etagen nicht nur absolut, sondern auch relativ grösser ist, als diejenige des Fehlbodens der dazwischenliegenden Geschosse, ein Verhalten, das wohl in der stärkeren Wohnungsdichtigkeit und damit Hand in Hand gehenden grösseren Unreinlichkeit der ersteren Wohnlagen seinen Grund hat. Ganz besonders aber sind es die ungünstigen hochsommerlichen und winterlichen Wärmeverhältnisse der höchstgelegenen Wohnungen, die den Gesundheitszustand der Insassen in ungünstiger Weise beeinflussen, während die Kellerwohnungen vor Allem unter dem Mangel an Licht und Luft sowie unter der Feuchtigkeit zu leiden haben. Ausser dem Verhalten der Zwischenböden verdient bezüglich der höchst gelegenen Wohnungen auch noch das Treppensteigen Berücksichtigung, wobei, von dem Arbeitsaufwand abgesehen, die Beschaffenheit der Luft der Treppenhäuser, die im Allgemeinen als Abzugskanal für die schlechte Luft dienen, in Betracht kommt. Eine Erörterung dieser einzelnen Faktoren in Bezug auf ihren krankmachenden und krankheitsbegünstigenden Einfluss bildet den Schluss der Arbeit.

Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

30. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin

vom 10. bis 13. April 1901.

(Originalbericht der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung.)

(Schluss.)

Bunge (Königsberg): Weitere Beiträge zur Frage der Tragfähigkeit der Amputationsstümpfe der Diaphyse. B. hält das Problem, gute, tragfähige Amputationsstümpfe herzustellen, noch nicht für gelöst, weil das Bier'sche Verfahren zwar gute Resultate ergebe, in seiner Technik aber zu komplizirt sei. Er hat deshalb ein anderes Verfahren ausgebildet, welches darin besteht, dass oberhalb der Knochenschnittfläche in einer Ausdehnung von 2 cm alles Periost abgeschabt und bis zur gleichen Höhe das Knochenmark ausgelöffelt wird. B. glaubt, dass dadurch jede schmerzhafte Osteophytenbildung vermieden werde. Ein vorgeführter 14jähriger Knabe, der auf diese Weise operirt worden ist, besitzt in der That einen guten tragfähigen Stumpf.

In der Diskussion erinnert Schede (Bonn) daran, dass Hirsch in Köln ähnlich verfahre, ganz besonderen Werth aber auf systematisch ausgeführte Tretübungen mit dem Stumpfende lege, wodurch er auch thatsächlich brauchbare Stümpfe erhalte.

Hoffmeister (Tübingen): Eine neue Repositionsmethode der Luxatio humeri. Dieselbe besteht darin,

dass H. den Arm in vertikaler Richtung zuerst mit einem Gewicht von 5 kg ausziehen lässt und allmählich bis zu 20 kg ansteigt. Bei dieser Belastung rutscht der Humeruskopf nach 15—20 Minuten ohne Weiteres in die Pfanne oder kann mit einem leichten Druck hineingeleitet werden.

Heusner (Barmen): Behandlung der Kontrakturstellung nach Entzündung des Kniegelenks. Die Thatsache, dass Kniegelenkskontrakturen oft jeder Behandlung spotten, hat H. veranlasst, bei einem 5jährigen Knaben nicht nur die spannenden Muskeln und Sehnen zu durchschneiden, sondern ausserdem eine Transplantation des Biceps vorzunehmen. Die Folge davon war allerdings zu Anfang, durch das Uebergewicht der Flexoren, eine O-Beinstellung des betreffenden Kniees mit Einwärtsstellung des Fusses, was sich aber allmählich ausglich, dagegen trat kein Recidiv der Kontraktur ein. In einem zweiten Falle von Kniegelenkkontraktur in Folge einer Gonitis gonorrhoica, bei welcher eine Streckung ohne dauernden Erfolg gewesen war, transplantirte H. den Biceps und den Semitendinosus, wodurch er eine vollkommene Streckstellung des Beines, allerdings mit knöcherner Ankylose erreichte. Von einem Recidiv ist auch dieser Patient dauernd frei geblieben.

Joachimsthal (Berlin): Beiträge zum Verhalten des Hüftgelenks bei der angeborenen Luxation.

Joachimsthal zeigt an 5 Knochenpräparaten von Luxatio coxae congenita, von denen zwei doppelseitige Verrenkungen darstellen, die Veränderungen, welche im späteren Lebensalter an dem Schenkelhalse von Individuen mit angeborener Hüftgelenksverrenkung aufzutreten pflegen. An allen 5 Präparaten ist die Gelenkpfanne deutlich ausgebildet, wenn sie auch kleiner und flacher, wie die normale Pfanne, angelegt ist, so ist sie doch an einzelnen Präparaten so tief, dass ein stark abgeschliffener Kopf, besonders in Abduktionslage, zur Noth in ihr Platz finden kann. Die Hohlkugelform der Hüftgelenkspfanne ist in allen Präparaten verloren gegangen, sie hat sich in eine mehr plane Fläche von dreieckiger Gestalt verwandelt, deren obere und hintere Umrandung wallartig vorspringt, während dem Foramen obturatorium gegenüber kein deutlicher Wall besteht. Drei von den vorgezeigten Becken tragen an der äusseren Darmbeinfläche nach aussen und oben von dem hinteren Pfannenrand eine dem neuen Standorte des Kopfes entsprechende Vertiefung. Der Oberschenkelkopf und die ganze obere Hälfte des zugehörigen Oberschenkelknochens ist deutlich atrophisch, die hintere und innere Fläche des Kopfes, welche mit auf dem Darmbein aufgelegen hatte, ist stark abgeplattet. Der Winkel, welcher vom Schenkelschaft und -Hals gebildet wird, ist fast immer im Sinne einer Coxa vara verkleinert. An dem einen vollständig konservirten Oberschenkel ist die Sagittalstellung des Schenkelhalses besonders deutlich wahrnehmbar. An dem einen vorgezeigten Präparat ist die Gelenkkapsel noch erhalten, sie lässt überall die Konturen des Kopfes und Halses deutlich erkennen, was bei einem normalen Hüftgelenk nicht der Fall ist. Die alte Pfanne bildet mit der vorderen Wand der Gelenkkapsel eine Art Tasche.

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei den operirten Fällen. Joachimsthal hat bei einer Reihe von Patienten, sowohl mit ein-, als auch mit doppelseitiger Hüftgelenksverrenkung, durch Röntgenaufnahmen, die in regelmässigen Zwischenräumen angefertigt wurden, nachweisen können, dass sich bei allen mit Erfolg reponirten Fällen die knöcherne Pfanne dauernd vertieft und der Schenkelkopf beträchlich zunimmt. Dagegen lässt der Schenkelhals bei einem 9 und einem $8^1/_2$jährigen Mädchen, bei dem vor 3 resp. $1^1/_2$ Jahren die Einrenkung vorgenommen wurde, noch eine auffallende Kürze erkennen.

In der Diskussion bezweifelt Küster (Marburg) den kongenitalen Charakter des einen Präparates, wogegen Hoffa bemerkt, dass nur die Dicke der Beckenwand dafür entscheidend sei, weil das fragliche Präparat eine dicke Pfannenwand habe, rühre es auch von einer kongenitalen Luxation her.

Ahrens (Bonn): Eine eigenthümliche Form von Rektalstriktur und ihre operative Behandlung.

Ahrens bekam ein 17jähriges Mädchen in Behandlung, welches seit der Mitte des 1. Lebensjahres einen aufgetriebenen Leib besass. Als das Kind heranwuchs, verschwand der dicke Leib, so dass es eine schlanke Figur bekam. Erst im 16. Lebensjahre wurde der Leib wieder stark, so dass es in der chirurgischen Klinik Hilfe suchte. Dort wurde im rechten Hypochondrium ein über mannskopfgrosser, nierenförmiger, ballottirender Tumor gefunden. Das Colon transversum verlief nicht über den Tumor, was gegen die erste Annahme, einer Hydronephrose sprach. In dem trüben Urin fand sich aber Eiter, so dass man schliesslich eine hydropisch gewordene, kongenitale Wanderniere annahme. Die Operation ergab einen Tumor, welcher auf seiner vorderen Kuppe das Colon ascendens trug und der in beide Platten des Mesocolon ascendens hineingewachsen war. Durch Inzision wurden aus der Geschwulst 3 l einer chokoladebraunen Flüssigkeit entleert. Danach gelang es leicht, den Tumor stumpf auszulösen. Bald nach der Operation verschwand der Eiter aus dem Urin, so dass es sich nur um eine Druckwirkung des Tumors auf die Ureteren gehandelt haben kann. Die genaue Untersuchung des Tumors, welcher nach der Herausnahme einem Sanduhrmagen glich, ergab, dass es sich um einen doppelt angelegten Magen handelte, bei dem die innerste Schicht noch nicht endgiltig differenzirt war. Hoch interessant war die Thatsache, dass in diesem überzähligen Magen, an den Stellen, die nur mit Platten- oder Flimmerepithel überkleidet waren, sich Magengeschwüre entwickelt hatten, typische Ulcera peptica durch die Einwirkung des pepsinhaltigen Magensaftes, welcher aus den Theilen der Magenwand stammte, die Drüsenzellen enthielten.

Goldmann (Freiburg): Pathogenese und Behandlung des Keloids.

Goldmann's histologische Untersuchungen haben ergeben, dass das Keloid dadurch zu Stande kommt, dass bei den Trägern desselben die Regeneration der elastischen Fasern der Haut nach Verletzungen fehlt, und dafür eine kompensatorische Wucherung der Gefässschicht auftritt. Die dadurch entstehenden geschwulstartigen Narben haben die Eigenthümlichkeit, dass sie nach Exzision leicht recidiviren. Zur Behandlung räth er, die Keloide wie Tumoren, weit im Gesunden zu exzidiren und dann die Wundfläche durch Ueberpflanzung zu behäuten.

Diskussion:

Lauenstein (Hamburg) theilt im Anschluss daran eine sehr interessante Beobachtung mit, die einen 20jährigen Seemann betraf, der am ganzen Körper Keloide hatte, die von alten Verbrennungen herrührten: Hautschnitte von 6—8 cm, die Lauenstein bei demselben ohne Verletzung des Unterhautzellgewebes, in der Faserrichtung der Haut, machte, heilten anstandslos mit normaler Narbe, sobald die Schnitte aber ausser Epidermis und Cutis auch das Unterhautzellgewebe verletzten, trat keloide Entartung ein.

Sendler (Magdeburg) hat vor einiger Zeit entstellende Impfnarben herausgeschnitten und danach ein Narbenkeloid bekommen. Als er dann dieses exstirpirte und Haut eines normalen Individuums transplantirte, fand eine Heilung ohne Keloid statt.

Stabel.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erhöhung der vollen Rente wegen Hilflosigkeit gemäss der Bestimmung des § 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetzes.

Entsch. vom 17. Mai 1901.

Der Hauer Anton D. erlitt am 23. Juni 1900 auf der Zeche Concordia I eine schwere Verletzung beider Augen mit Verlust des linken Auges, sowie eine völlige Zertrümmerung der linken Hand und Verbrennungen des Gesichts, des Halses, der Brust, der rechten Hand und des rechten Unterschenkels. Der Sektionsvorstand gewährte dem Verletzten vom Beginn der 14. Woche ab die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Hiergegen legte D. Berufung ein mit dem Antrage auf Zuerkennung der Rente nach dem vollen Jahresarbeitsverdienste. Während des schwebenden Berufungsverfahrens hat der Sektionsvorstand die Rente auf 75 % des Jahresarbeitsverdienstes erhöht; wogegen D. ebenfalls Berufung einlegte. Das Schiedsgericht war der Ansicht, dass der Hülflosigkeit des Klägers mit der Gewährung der Rente für 75 % des Jahresarbeitsverdienstes genügend Rechnung getragen sei und wies die Berufungen zurück. Gegen diese Entscheidung legte D. Rekurs ein und beantragte, die angefochtene Entscheidung aufzuheben und ihm 100 % des Jahresarbeitsverdienstes als Rente zu gewähren.

Er führt aus, dass er nicht im Stande sei, sich ohne fremde Hülfe aus- und anzukleiden und zu essen, da er auf dem ihm verbliebenen Auge so gut wie gar nichts sehen könne. Seine Frau sei von der Wirthschaft nicht abkömmlich und seine Kinder seien noch zu klein, so dass sie ihn nicht ausserhalb seiner Wohnung begleiten könnten.

Das R.-V.-A. hat unter Zuerkennung von 40 M. aussergerichtlichen Kosten die Rente auf 85 % des Jahresarbeitsverdienstes erhöht. Gründe:

Es ist zwar dem Schiedsgericht darin beizutreten, dass die Bestimmung des § 9 Absatz 3 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900, welche gemäss § 27 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unf.-Vers.-Ges. hier Anwendung zu finden hat, nicht vorschreibt, dass in jedem Falle der Hülflosigkeit die Rente auf 100 % des Jahresarbeitsverdienstes erhöht werden muss, sondern, dass sie bei geringerer Hülflosigkeit auch auf einen geringeren Prozentsatz des Jahresarbeitsverdienstes festgesetzt werden kann. Indess ergeben die Akten, insbesondere die Gutachten des Dr. Sch.-B. und des Dr. B., dass der Zustand auch des allein noch für das Sehvermögen in Betracht kommenden rechten Auges des Klägers einer völligen Erblindung fast gleich zu achten ist. Hierzu kommt noch der gänzliche Verlust der linken Hand, so dass der Kläger sich kaum ohne fremde Hülfe an- und ausziehen kann. Die Ansicht des Schiedsgerichts, dass die von den Angehörigen der Familie des Klägers gewährte Hülfe, weil sie unentgeltlich geleistet werde, die Hülflosigkeit im Sinne des § 9 Absatz 3 a. a. O. ausschliesse ist, nicht zutreffend, wie sich aus dem Bericht der XXI. Kommission des Reichstags über den Gesetzentwurf, betreffend die Abänderung der Unf.-Vers.-Ges. (zu vergleichen Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags, 10. Legislaturperiode I. Session 1898/1900, Anlage 6 Seite 4459 und Seite 4691) ergiebt, nach welchem unter „fremder“ Hülfe auch die der Familienangehörigen ausdrücklich mit einbegriffen sein soll. Das Rekursgericht hat daher die Voraussetzungen der ausserordentlichen Erhöhung der Entschädigung über den regelmässigen Höchstbetrag des Gesetzes hinaus für gegeben erachtet und die Rente auf 85 % des Jahresarbeitsverdienstes in Würdigung der gesammten Sachlage hinaufgesetzt.

(Kompass.)

Verweigerte Krankenhausbehandlung.

Entscheidung vom 20. November 1900.

Der Fuhrmann L. erlitt am 5. November 1897 durch Sturz unter sein Fuhrwerk eine Betriebsverletzung, bestehend in einer Schädel-Kontusion, Bruch des linken Schlüsselbeins, Quetschung des linken Oberarms und des rechten Fusses. Nachdem er vor Abschluss des Heilverfahrens mehrere Male das Krankenhaus eigenmächtig verlassen hatte, wurde ihm eine Rente von $66^2/_3$ Prozent zuerkannt. Auf Anrathen des Krankenhausarztes vom 25. Mai 1899 forderte die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft den Kläge unter dem 31. desselben Monats auf, sich in die medico-mechanische Heilanstalt von Dr. Sch. und Dr. E. in D. zu begeben. Die hiergegen eingelegte Berufung wurde durch schiedsgerichtliches Urtheil vom 13. Juni 1899 zurückgewiesen. Der Kläger L. zeigte sich nunmehr willig, der Aufforderung Folge zu leisten, zog die Sache jedoch unter verschiedenen Vorwänden in die Länge, bis ihm die Berufsgenossenschaft unter dem 30. November 1899 wiederholt mit Einstellung der Rente drohte, falls er der Aufforderung nicht sofort entspräche. In der hiergegen rechtzeitig eingelegten Berufung beantragte der Kläger die Aufhebung vorgedachter Verfügung, da er sich vor der Krankenhausbehandlung ängstige und auch den Verlust seiner derzeitigen Beschäftigung, wobei er täglich 1 Mark verdiene, befürchten müsse. Das Schiedsgericht unter dem Vorsitz des Geheimen Regierungsraths Dr. R. in D. wies die Berufung des Verletzten aus folgenden Gründen ab: die Weigerung des Klägers, sich der ärztlich empfohlenen Heilbehandlung zu unterwerfen, ist ganzlich unbegründet, die unbestimmte Furcht vor derselben kann für die Absicht des Klägers, an Stelle der Heilbehandlung die Rente weiter zu beziehen, in keiner Weise ausschlaggebend sein und ebensowenig kann die Uebereinstimmung mit dem bereits im schiedsgerichtlichen Urtheil vom 13. Juni 1899 niedergelegten Grundsatz, die Befürchtung, eine augenblickliche Arbeitsgelegenheit zu verlieren, als ein zureichender Grund für diese Weigerung anerkannt werden. Diese Entscheidung griff L. durch Rekurs beim Reichs-Versicherungsamt an und beantragte, ihm eine Rente gewähren zu wollen, Er erklärte, er könne in das erwähnte Institut nicht gehen, weil er vor einem Krankenhause Angst habe. Er leide noch immer an den Folgen des Unfalls. Das Reichs-Versicherungsamt wies aber den Rekurs zurück und machte geltend: Voraussetzung der der Berufsgenossenschaft nach § 7 des Unfallversicherungsgesetzes zustehenden Befugniss, dem Kläger statt der Rente freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause zu gewähren, ist einmal, dass das Heilverfahren noch nicht abgeschlossen ist, und weiterhin, dass die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie des verheiratheten Klägers nicht genügt werden kann. Beide Voraussetzungen liegen nach dem ärztlichen Gutachten vor. Nach dem ärztlichen Gutachten ist eine Besserung in dem Zustande des Klägers in einem medico-mechanischen Institut zu erwarten. Da der Kläger selbst nichts für seine Gesundheit thut, so ist auch seine Behandlung in einer Anstalt nothwendig. Die von dem Kläger angegebenen Gründe, dass er Angst vor dem Krankenhause habe, und dass er seinen täglichen Verdienst von 1 Mark nicht verlieren könne, sind keine zureichenden Weigerungsgründe. Die Berufsgenossenschaft war daher befugt, dem Kläger jegliche Rente zu entziehen, so lange sie ihm die Krankenhausbehandlung noch offen hielt. Dies hat die Berufsgenossenschaft gethan. M.

Aus dem Grossherzoglich badischen Verwaltungsgericht.

Röntgen-Photographie gehört zur ärztlichen Behandlung.
Entscheidung vom 29. Januar 1901.

Ein der Orts-Krankenkasse der häuslichen Dienstboten in M. angehörendes Dienstmädchen musste auf Weisung des Kassenarztes zum Zweck der operativen Herausnahme einer in die Hand eingedrungenen Nadel, deren Beseitigung trotz mehrfacher Einschnitte nicht gelungen war, eine Röntgenstrahlen-Photographie ihrer kranken Hand aufnehmen lassen, worauf sodann die Nadel herausgenommen und die Hand zur Heilung gebracht wurde. Der Kassenvorstand verweigerte die Uebernahme der Kosten der Photographie im Betrage von 5 Mark, wurde aber auf die Beschwerde des Kassenmitglieds von der Aufsichtsbehörde für schuldig erklärt, die fraglichen 5 Mark zu übernehmen. In der gemäss § 58, Abs. 1 K. V. G. hiergegen erhobenen Klage gab die Orts-Krankenkasse zwar zu, dass die Aufnahme der Photographie als ein Theil der ärztlichen Behandlung anzusehen sei, machte aber geltend, dass die Kasse mit der Gesellschaft der Aerzte in Mannheim einen Vertrag abgeschlossen habe, wonach sie für die gesammte ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder an die Gesellschaft der Aerzte ein jährliches Aversum bezahle, und dass sie darum für die Kosten der Photographie nicht besonders haftbar gemacht werden könne, es sei denn, dass der Kassenvorstand eine besondere Anweisung gegeben hätte, was nicht der Fall gewesen. Die Klage wurde abgewiesen. Gründe:

Nach dem eigenen Zugeständniss der klagenden Orts-Krankenkasse war die Aufnahme der Röntgen-Photographie zur Ermöglichung der operativen Entfernung des eingedrungenen Fremdkörpers aus der Hand des Kassenmitglieds und damit der Heilung der kranken Hand dringend nöthig und bildete demnach einen Theil der ärztlichen Behandlung. Nach § 6, Ziff. 1 und § 20, Ziff. 1 K. V. G. haben aber die Mitglieder Anspruch auf freie ärztliche Behandlung für die gesetzlich oder statutarisch bestimmte Zeit gegenüber der zuständigen Krankenkasse und sind nur verpflichtet, im Bedarfsfalle nach § 1 der „Vorschriften über die Krankenmeldung vom 29. November 1897“ bei der Orts-Krankenkasse einen, dem Kassenarzt vorzulegenden „Krankenschein“ abzuholen.

Diesen „Krankenschein“ hat nun die Erkrankte vor Inanspruchnahme der freien ärztlichen Behandlung vorschriftsmässig bei der Orts-Krankenkasse der Dienstboten eingeholt und hat somit auch Anspruch darauf, dass ihr die durch die Inanspruchnahme des Kassenarztes erwachsenen Kosten für die Aufnahme der Röntgenstrahlen-Photographie im Betrage von 5 Mark bezahlt werden, weil eben diese Aufnahme von den Kassenärzten als dringend nöthig angeordnet worden war und einen Theil der ärztlichen Behandlung bildete. Dieser durch das Krankenversicherungsgesetz gegebene absolute Rechtsanspruch des Kassenmitglieds auf Uebernahme der Kosten der gesammten ärztlichen Behandlung wird nicht verändert durch einen Privatvertrag, welchen die Krankenkasse ihrerseits mit ihren Kassenärzten über die Vergütung der letzteren abschliesst. Hierüber muss sie sich, nöthigenfalls im Civilrechtswege, mit den Aerzten selbst abfinden. Wenn sie daher der Ansicht ist, dass die zur Vornahme der Operation nöthige photographische Aufnahme der kranken Hand als zur allgemeinen ärztlichen Behandlung gehörig mit dem jährlichen Aversum der Kassenärzte vergütet und nicht, wie die Operation, „extra zu honoriren“ sei, se muss es ihr anheimgegeben bleiben, die Ausgabe für die Aufnahme der Photographie an jenem Aversum abzuziehen und eventuell den Rechtsstreit mit der Gesellschaft der Aerzte bei dem zuständigen Richter auszutragen. Die Kosten der Aufnahme sind aber unter allen Umständen auf Grund des K. V. G. zunächst von der Orts-Krankenkasse für das Kassenmitglied zu übernehmen, welches auf Grund der mit Ausstellung des Krankenscheines ertheilten Ermächtigung die Aufnahme nach Weisung des Kassenarztes in dem Allgemeinen Krankenhause, das allein in Mannheim im Besitze eines solchen Apparates sich befindet, hat vornehmen lassen. Einer besonderen Ermächtigung des Kassenvorstandes zur Anwendung dieses zur Operation erforderlichen Hilfmittels bedurfte es nicht, da weder im K. V. G. noch in den Statuten der Kasse eine besondere Ermächtigung hierzu vorgesehen ist, und der Kassenarzt im Allgemeinen auch als solcher ermächtigt erscheint, derartige mit unbedeutenden Kosten verbundene Mittel anzuordnen, welche zur Durchführung des Heilverfahrens erforderlich sind, also einen Bestandtheil der ärztlichen Behandlung bilden.

Aus dem Landgericht Frankfurt a. M.

Das Recht der Zeugnissverweigerung steht nur den im Inlande approbirten Aerzten zu.

Die Zeugin Frau Dr. H.-L., die sich als praktische Aerztin bezeichnet, hat ihr Zeugniss zum Theil unter Berufung auf § 52 Z. 3 Str. P. O. zum Theil ohne Angabe eines Grundes jedoch offenbar auch im Hinblick auf § 52,3 Str. P. O. verweigert. Wie durch die Bescheinigung der Königlichen Polizeidirektion in München vom 8. Juni 1901 festgestellt ist, besitzt die Zeugin eine in Deutschland ertheilte Approbation als Arzt nicht. Sie kann deshalb aber auch nicht als „Arzt“ im Sinne der Str. P. O. angesehen werden, selbst wenn sie, wie anzunehmen, im Ausland approbirt ist. Nach § 29 der Gewerbeordnung darf nur derjenige sich als Arzt bezeichnen, der approbirt ist, und zwar approbirt von einer inländischen Behörde. Approbationen im Auslande können dem nicht gleichgestellt werden. Es ergiebt sich dies aus den Verträgen, die das deutsche Reich mit einzelnen Staaten abgeschlossen hat, z. B. aus dem Vertrag mit der Schweiz vom (R. G. Bl. 1884 S. 46) 29. Februar 1884, worin ausdrücklich durch besondere Bestimmung den in der Schweiz approbirten Aerzten die Ausübung der ärztlichen Praxis in den Grenzdistrikten Deutschlands gestattet ist. Ist sonach die Bezeichnung „Arzt“ im Sinne der Gewerbeordnung nur für einen im deutschen Reiche approbirten Arzt zulässig und macht derjenige, der sich ohne inländische Approbation als Arzt bezeichnet, sich nach § 147,3 G. O. sogar straffällig (vergl. Stenglein-Appelius-Kleinfeller Strafrechtl. Nebengesetze Anm. 27 zu § 147 G. O.), so kann das Wort „Arzt“ im § 52 Z. 3 der Str. P. O. auch nicht anders aufgefasst werden. Denn es ist undenkbar, dass eine Person nach dem einen Reichsgesetz wegen unzulässiger Beilegung eines Titels bestraft und gleichwohl in einem anderen Reichsgesetz mit eben diesem falschen Titel bezeichnet und unter diesem Titel mit einem Recht, nämlich dem Recht, ihr Zeugniss zu verweigern, ausgestattet würde. Auch das gesetzgeberische Motiv, das der Zeugnisspflicht im Strofprozesse zu Grunde liegt, kann nur zu dieser Auffassung führen. Ist auch zuzugeben, dass der Grund der Bestimmung des § 52,3 Str. P. O., dem Kranken das Vertrauen zu seinem Aerzte zu bewahren und dies nicht durch die Befürchtung der demnächstigen Bekanntgabe dessen in Frage zu stellen, was der Arzt bei der Behandlung in Erfahrung gebracht, lediglich auf dem thatsächlichen Vertrauensverhältniss der behandelnden Person zu dem Kranken beruht und nicht abhängig ist von der rechtlichen Anerkennung dieser Person als „Arzt“, so ist doch zu berücksichtigen, dass § 52,3 Str. P. O. nur eine Ausnahmevorschrift von der allgemeinen Pflicht, sein Zeugniss abzulegen, bildet. Diese Zeugnisspflicht im Straf-

prozess ist aber eines der wichtigsten Mittel, eine Bestrafung des Verbrechers zu ermöglichen. Sind daher Ausnahmen von diesem wichtigen Prinzig getroffen, so sind sie nicht ausdehnend auszulegen. Es werden daher auch unter Aerzten im § 52,3 Str. P. O. nur approbirte eigentliche Aerzte aber z. B. keine Zahnärzte verstanden, während im § 35,3 des Gerichtsverfassungsgesetzes, der einen anderen Zweck verfolgt, zu den „Aerzten" auch Wundärzte, Zahnärzte u. s. w. gerechnet werden. (Vergl. Löwe Anm. 8 zu § 35 G. V. G. S. 46). Jedenfalls kann danach der Begriff „Arzt" im § 52,3 Str. P. O. nicht weiter ausgelegt werden, wie in der Gewerbeordnung, eine Approbation im Inlande ist daher auch hier Voraussetzung der Bezeichnung der betreffenden Person als Arzt. Wollte man auch dem im Ausland approbirten Arzt das Zeugnissweigerungsrecht zugestehen, so müsste man Gleiches auch bezüglich des Kurpfuschers thun. Die wissenschaftliche Ausbildung des im Ausland approbirten Arztes erkennt die deutsche Gesetzgebung, die zur Bezeichnung einer Person als Arzt inländische Approbation verlangt, für das Gebiet des deutschen Reiches aber nicht an. (Frankf. Ztg.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Zuckerkandl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. III. Heft: Bauch. In 95 Figuren. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 1901. 411 Seiten. M. 8,—.

Es genügt, in wenigen Worten auf die 3. Lieferung des vorzüglichen Werkes aufmerksam zu machen. Wir wissen nicht, was hier nicht zu loben wäre. Die Figuren vereinigen in mustergiltiger Weise Klarheit und Naturtreue, hier und da wird die Zeichnung durch diskret angewandte Farbentönungen unterstützt. Der Text sagt in wenigen, bündigen Worten alles, was zum Verständniss der Bilder nothwendig ist.

Dürck, Privat-Dozent Dr. Hermann. Atlass und Grundriss der speziellen pathologischen Histologie. Bd. II. Lehmanns med. Handatlanten Bd. XXI. München 1901. 120 Tafeln, 197 Seiten. 11 M.

Mit diesem Bande, welcher Leber, Harn- und Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskeln und Knochen umfasst, schliesst der Atlas der speziellen Histologie ab. Das schön begonnene Werk hat eine des ersten Theils würdige Fortsetzung gefunden, für die wir nur all die Anerkennung zu wiederholen brauchen, die wir dem Anfang spenden mussten.

Dannemann, A. Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. Betrachtungen über eine zeitgemässe Verbesserung der Fürsorge für Geistes- und Nervenkranke. Halle a. S. Carl Marhold 1901. 172 S. 4 Mk.

Uebersieht man die Krankenhäuser der Grossstädte, so wird man kaum eins finden, in dem nicht irgend welche Einrichtungen zur vorläufigen Unterbringung geisteskranker Individuen getroffen sind. Selbst in den Städten, die nahe bei einer grösseren Irrenanstalt liegen, sind Provisorien irgend welcher Art geschaffen; die Nothwendigkeit dieses Vorgehens ergab sich entweder aus der Ueberfüllung der Anstalten oder aus dem schleppenden Gang oder der Umständlichkeit des Aufnahme-Verfahrens.

Das beweist aber, wie sehr Griesinger vor Jahren mit seinem Ausspruch Recht hatte, dass man mit den grossen öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten allein auf die Dauer nicht mehr auskommem könne; zur Stütze seiner Ansicht, dass Stadtasyle nöthig seien, wies Griesinger hin auf die so gewährte Möglichkeit einer Krankenverpflegung bei nur transitorischer Anstaltspflegebedürftigkeit, auf die Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse in den Kreisen der Aerzte, auf die Erleichterung der Aufnahme und Entlassung Geistesgestörter bei einer möglichst individualisirenden Behandlung. Griesinger's Gründe treffen auch heute noch zu. In gleichem Sinne wirkt das schnelle Wachsthum der Grossstädte, besonders der Industriecentren, und die damit naturgemäss einhergehenden erhöhten Ansprüche an die Verpflegung nervöser und geisteskranker Personen. Vor Allem sind hier der Alkoholismus, Epilepsie und Hysterie zu erwähnen, Affektionen, die die Zahl der akut Hilfsbedürftigen gewaltig steigern, zumal sie vielfach mit unsozialen Krankheits-Erscheinungen einhergehen.

Trotz aller Fortschritte, die die Hygiene im weitesten Sinne des Wortes in den letzten Jahrzehnten gemacht hat, lässt die Irrenfürsorge der Städte recht viel zu wünschen übrig. Die Städte, die den modernen Forderungen der praktischen Psychiatrie genügen, sind zu zählen. Fast alle Einrichtungen zeigen mehr oder weniger bedenkliche Fehler und Mängel, wie Untauglichkeit der baulichen Einrichtungen, Fehlen von Wachabtheilungen und hinreichenden Badegelegenheiten, Behandlung der Kranken durch psychiatrisch nicht vorgebildete Aerzte, Wartung durch ungenügendes oder unzweckmässiges Pflegerpersonal. Das zeigt deutlich die lehrreiche Zusammenstellung der Antworten, die V. auf seine Anfrage zu Theil geworden sind. Von einer sachgemässen Behandlung kann da natürlich keine Rede sein; man begnügt sich mehr mit einer Unschädlichmachung der hilfsbedürftigen Kranken, und das erscheint um so bedenklicher, als eine solche Behandlung oder vielmehr Nichtbehandlung den Kranken vielfach gerade in den ersten Stadien ihrer Erkrankung zu Theil wird.

Falsch wäre es nun, alle unzulänglichen Provisorien kurzer Hand und unterschiedslos aufzuheben. Man kann sie nicht entbehren, einmal zur vorübergehenden Verpflegung bis zur Ueberführung in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, dann zur Behandlung vorübergehender Störungen. Das einzig Richtige ist vielmehr das. dass diese Provisorien nach jeder Richtung hin modernen psychiatrischen Forderungen gerecht werden. Vor Allem ist da, gleichgiltig ob das Stadtasyl als selbständiges Institut oder als Sonderabtheilung allgemeiner Hospitäler sich darstellt, Einrichtung einer Dauerwache und Leitung durch psychiatrisch ausgebildete Aerzte nöthig. Es ist an der Zeit, dass wir jetzt, wo Keiner beispielsweise an der Existenzberechtigung eines besonderen chirurgischen Krankenhauses zweifelt, darnach streben, auch den psychiatrischen Krankenhäusern die gleiche Stellung zu verschaffen.

Die eingehenden Ausführungen des V. über Lage der Stadtasyle, ihren Bau und ihre Einrichtung, ihre Grösse und die Kosten mögen an Ort und Stelle nachgelesen werden. Hier genüge es, auf folgende Punkte besonders hinzuweisen. Dem Irrenarzte soll natürlich auch hier der weitgehendste Einfluss auf den Bauentwurf und die Ausführung eingeräumt werden, zumal die genaueste Ueberwachung der Kranken im Stadtasyl in ausgedehntestem Masse zur Anwendung kommen soll. Einzelräume neben der Wachabtheilung sind nicht zu entbehren. Ausser dieser ist nothwendig eine Rekonvalescentenabtheilung mit Arbeitsgelegenheit, eine Durchgangsstation für die zu entlassenden Kranken. Das Asyl wird sich damit auch eignen zur Aufnahme und Behandlung des grossen Heeres der sogenannten Nervösen, der Nervenkrankheiten ohne anatomische Grundlage. Einer Vereinigung Nervöser und Irrer unter einem Dache ist ja letzthin mehrfach und lebhaft das Wort geredet worden. Ebenso muss dem Asyl eine Poliklinik angegliedert werden. Auch den Bedürfnissen der gebildeten Klassen sollte Rechnung getragen werden. Das Pflegepersonal erhält eigene Räume. Dass die Kostenfrage der Realisirung der weitgehenden Wünsche

des V. erhebliche Schwierigkeiten machen wird, verhehlt er sich nicht im Mindesten. An Beispielen setzt er auseinander, dass die aufzuwendenden Bau- und Betriebskosten nicht unerschwinglich sind und den Vortheil reichlich aufbringen, der damit der allgemeinen Wohlfahrt zu Gute komme. Mit einem Kapitel über die Grundideen der Organisation des Asyles und der Mittheilung einiger Entwürfe schliesst das anziehend geschriebene Buch, das von den Städten bei Lösung der Irrenfrage sicherlich oft zu Rathe gezogen wird, es auf jeden Fall verdiente.

Ref. möchte seine Besprechung des Buches von D., welches eine wirkliche Bereicherung unserer Literatur in der praktischen Irrenpflege darstellt, nicht schliessen, ohne der Ansicht zu widersprechen, dass naturgemäss eben der Kliniker — und anscheinend auch der ärztliche Leiter des Stadtasyls — berufen ist, die Aufgabe der Begutachtung in forensischen Fällen zu lösen, nicht der inmitten der Verwaltungsgeschäfte stehende, und darum abgelenkte Arzt der grossen Anstalt. In dieser Allgemeinheit und mit dieser Begründung trifft die Bemerkung des V. sicher nicht zu. Ernst Schultze.

Heermann, Dr. G., Privatdozent in Kiel. Scharlach und Ohr. Halle a. S. Verlag von Karl Marhold. 1901. Bresgen's Sammlung, V. Band, Heft 2. Preis 1 M.

An der Hand seiner gelegentlich zweier Scharlachepidemien in der Umgebung von Kiel gesammelten Erfahrungen giebt Verf. eine Darstellung der bei Scharlach so häufigen Erkrankungen des Ohres; er wendet sich in erster Linie an die Aerzte mit allgemeiner Praxis und bietet diesen Kreisen eine durchaus lesenswerthe Schilderung der oft überaus schweren otitischen Scharlachkomplikationen, die neun Fälle, die H. im Einzelnen mittheilt, sind aber auch für die Ohrspezialisten von hohem Interesse. Auf die Nothwendigkeit der Untersuchung des Ohres bei Scharlach wird besonders hingewiesen, und zwar auch für die Fälle, in denen über lokale Ohrenbeschwerden weniger als über Kopfschmerzen im Allgemeinen geklagt wird, da diese ihre Ursache in einer Erkrankung des Mittelohrs haben. Weitgehende nekrotische Zerstörung des Schläfen- und selbst Hinterhauptbeins finden sich bei Scharlach nicht selten, ohne vor der Operation deutlichere und in die Augen fallende Erscheinung zu machen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass man bei den akuten wie bei den chronischen Ohreiterungen nach Scharlach sich zeitig zur Operation entschliesen soll — eine Ansicht, der man nur beipflichten kann. Richard Müller.

2. Bericht der Volks-Heilstätte für Lungenkranke zu Loslau O/S. Loslau 1901. C. T. C. Roesch.

Ein erfreuliches Bild ist es, welches der Bericht von dem Betriebe und den Erfolgen der Heilstätte Loslau entrollt. Die Umsicht der Leitung offenbart sich nicht nur in einer Reihe von Vervollkommnungen der Krankenhauseinrichtung, in dem Ankauf einer Waldparzelle, deren Erhaltung für die landschaftliche Schönheit wesentlich erschien, sondern auch in feinfühligem Bedachtnehmen auf das seelische Wohlbefinden der Kranken. Mit Hilfe des Vaterl. Frauen-Vereins ist es gelungen, die Familien der Kranken während des Aufenthaltes derselben in der Heilstätte bis auf verschwindende Ausnahmen vor Noth zu schützen, für die so wichtige Beschäftigung der Kranken ist in verständnissvoller Weise ohne irgend welchen Arbeitszwang Sorge getragen.

Von 311 im Berichtsjahr Aufgenommenen wurden als geheilt zwar nur 29, als gebessert aber 230 entlassen. 171 hatten ihre völlige, 94 einen Theil ihrer Erwerbsfähigkeit wiedergewonnen. Auf Umfragen bei Pfleglingen aus den Jahren 1898 und 99 liefen 254 Antworten ein; 77 gaben ihr Befinden als sehr gut bezw. gut, 89 als zufriedenstellend an. 143 waren ihrem alten Beruf nachgegangen, 52 einem leichteren. 142 waren immer bezw. fast immer erwerbsfähig gewesen, 53 mit Unterbrechungen. 107 hatten keine ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen brauchen. Recht ähnliche Ergebnisse hatten Umfragen bei den während des Jahres 1900 Entlassenen.

Wir müssen es uns versagen, auf Einzelheiten näher einzugehen und heben nur noch hervor, dass nach dem Bericht auch die wissenschaftliche Verwerthung der Krankenbeobachtungen nicht vernachlässigt worden ist.

Pollack-Grünhut, Universum, Lexikon der Bade- und Kurorte von Europa. I. Band: Oesterreich. Wien. Georg Szelinski. 1901. 735 S. Preis pro Band im Abonnement Kr. 10; nach dem Erscheinen Kr. 20.

Ein ganz originelles Unternehmen, das, wenn es auch theilweise Reklamezwecken dient, doch für den Arzt genügend Interesse bietet, um in einer wissenschaftlichen Zeitschrift besprochen zu werden. Eingeführt wird der erste Band durch eine von Dr. Trippold in Abbazia verfasste Uebersicht über die Methode und Wirkung der Bade- und Brunnenkuren im Allgemeinen, die nicht weniger als etliche 90 Seiten umfasst. Dann folgen die üblichen Angaben über die einzelnen Bäder und Kurorte, z. Th. mit recht hübschen Abbildungen. Auf die Ausstattung ist viel Werth gelegt. Dass dabei ein Theil des Textes gelbroth auf weisses Papier gedruckt worden ist, halten wir für eine mehr merkwürdige als glückliche Idee.

Gebührenwesen.

Erlass des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten, betr. Obduktionsgebühren der vollbesoldeten Kreisärzte, vom 30. Juli 1901.

Für die Wahrnehmung von gerichtsärztlichen Obduktionen in einer Entfernung von nicht weniger als zwei Kilometern von dem Wohnorte stehen den vollbesoldeten Kreisärzten neben den Reisekosten Tagegelder in Höhe von 9 M. zu. Von den in derartigen Fällen etwa zur Erhebung gelangenden Obduktionsgebühren sind daher nur die über die Summe von 9 M. hinausgehenden Beträge an die Staatskasse abzuführen.

Tagesgeschichte.

Zur Verhütung von Infektionen bei bakteriologischen Arbeiten.

Während bei uns nur das Arbeiten mit Pesterregern neuerdings an bestimmte Vorschriften gebunden ist, hat in Oesterreich das Ministerium des Innern den gesammten Betrieb der bakteriologischen Laboratorien durch eine sehr ausführliche Verordnung geregelt.

Die Entnahme und fachtechnische Verwerthung von Untersuchungsobjekten bei den meisten Ansteckungskrankheiten, vom Keuchhusten bis zu Pest und Hundswuth darf nur durch die hierzu berufenen Aerzte und Thierärzte erfolgen. Die unmittelbare mikroskopische Untersuchung der entnommenen Objekte ist womöglich am Ort der Entnahme oder doch an isolirter Stelle derart vorzunehmen, dass sofort nachher das gesammte Material durch zuverlässige Methoden unschädlich gemacht wird.

Schon zur einfachen Vornahme gewerbsmässiger mikroskopischer Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken ist eine Bewilligung des Ministers nothwendig, die von dem Urtheil des obersten Sanitätsraths über die Qualifikation des Bewerbers

und von dem Nachweis geeigneter Untersuchungslokalitäten abhängt. Kultur- und Thierversuche dürfen vollends grundsätzlich nur in besonders eingerichteten Instituten vorgenommen werden, die wiederum ministerieller Genehmigung bedürfen. Als Hilfs- und Dienstpersonen dürfen nur „körperlich gesunde, intelligente und durchaus verlässliche und von moralischen Gebrechen, insbesondere Trunksucht, freie Personen" verwendet werden, welche an eine bestimmte Dienstordnung gebunden werden. Es folgen Bestimmungen über die Einrichtung des Instituts, welche den in Preussen für die Pestlaboratorien giltigen ungefähr entsprechen.

Alle bisher genannten Bestimmungen gelten noch nicht für Cholera, Pest, Gelbfieber, Pocken und Flecktyphus. Bakteriologische Untersuchungen jeder Art mit Ausnahme der unmittelbaren mikroskopischen Untersuchung nach der Entnahme über diese Krankheiten dürfen nur in hierfür bestimmten staatlichen oder staatlich autorisirten Instituten vorgenommen werden, für welche die Betriebsbestimmungen noch besonders verschärft sind, u. a. heisst es, dass dem verwendeten Hilfspersonal während der ganzen Dauer seiner Zuweisung zur Dienstleistung in solchen Instituten vollkommen isolirte und mit einem eigenen Abort versehene Wohnungen innerhalb des Instituts oder möglichst nahe demselben — keinesfalls aber in einem Privathause — anzuweisen sind.

Weitere Bestimmungen von geringerem Interesse beziehen sich auf die Versendung infektionstüchtigen Materials der mikroskopischen Präparate.

Welche besonderen Vorkommnisse in Oesterreich eine so ungemein rigorose und bis auf die harmlosesten Ansteckungskrankheiten ausgedehnte Neuerung veranlasst haben, ist uns unbekannt. Es sind wohl hie und da Fälle vorgekommen, in denen unvorsichtig ausgeführte Arbeiten in bakteriologischen Instituten zu vereinzelten Krankheitsfällen Anlass gegeben haben, aber desswegen nun beispielsweise allen Privatpersonen, die nicht im Besitze eines vollständigen und autorisirten Instituts sind, jedes Anlegen einer Kultur von infektiösem Material zu untersagen, das geht doch wohl zu weit. Bei uns in Preussen wird dem Medizinalbeamten die Ausführung einfacher bakteriologischer Untersuchungen durch die neue Dienstordnung zur Pflicht gemacht, und in Oesterreich soll er nicht einmal das Recht haben, sie bei den häufigsten Ansteckungskrankheiten, z. B. bei Diphtherie und Thyphus, auszuführen! Im Vergleich zu den anderen Uebertragungsmöglichkeiten solcher Krankheiten ist doch die Möglichkeit, dass sie aus dem Brutschrank des Bakteriologen heraus ihre verderbliche Wirkung entfalten werden, einfach verschwindend.

Interessant wäre es übrigens, zu erfahren, wie die Leiter der Untersuchungsinstitute die anzustellenden Hilfskräfte daraufhin prüfen sollen, dass sie „durchaus verlässliche und von moralischen Gebrechen freie Personen" sind.

Die Bekämpfung der Lungenschwindsucht vom Standpunkte des Laien.

Am 23. März d. J. fand im Reichstagsgebäude zu Berlin die Generalversammlung des deutschen Centralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke statt, in welcher mehrere Vorträge gehalten wurden, die auch für den Laien grosses Interesse boten. Der Direktor der Norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse Tribius zu Halle a. S. beklagt in einer, in der Zeitschrift „Die Invaliditäts- und Alters-Versicherung im Deutschen Reiche" veröffentlichten Abhandlung, dass man sich z. Z. noch immer weit mehr mit der Beseitigung der Wirkungen als mit der Beseitigung der Ursachen der Erkrankung beschäftige. Der Verfasser führt schliesslich folgende Beobachtungen an, die sich ihm als Laien aufgedrängt haben:

1. In den D-Zügen ist in den einzelnen Abtheilen je ein Spucknapf aus Messingblech, mit Wasser gefüllt, aufgestellt. Derselbe ist sehr klein und steht auf dem Fussboden. Die zunächst Sitzenden können ihn allenfalls benutzen, die übrigen 4 Insassen aber nicht. Allerdings gehört auch für die Nächstsitzenden schon eine grosse Geschicklichkeit dazu, die kleine Oeffnung in dem Spucknapfe zu treffen. Immerhin ist anzuerkennen, dass wenigstens Spucknäpfe vorhanden sind. In den gewöhnlichen Zügen, besonders aber in den Wagen 3. und 4. Klasse, also dort, wo sie am nothwendigsten sind, habe ich aber noch keine Spucknäpfe gesehen. Ausserdem fehlen überall Plakate des Inhalts: „Auf den Fussboden zu spucken ist verboten", wie solche z. B. in den Strassenbahnwagen von Hamburg angebracht sind. Freilich fehlen dort auch die Spucknäpfe. Selbst im Reichstagsgebäude, das doch im Interesse unserer Reichsboten mit den besten hygienischen Einrichtungen versehen sein sollte, ist noch ein grosser Theil ganz gewöhnlicher Spucknäpfe im Gebrauch, die, statt mit Wasser, mit märkischem Sand gefüllt sind. Dass alle Räume mit dicken Teppichen belegt sind, die vielfach nur nach Lösung von Schrauben und anderen Befestigungsmitteln aufgehoben und gereinigt werden können, soll nur nebenbei erwähnt werden. Wer jemals Gelegenheit gehabt hat, zu sehen, was sich unter einem so dauerhaft befestigten Teppich für Unrath ansammelt, der wird schier verwundert sein, dass im Reichstagsgebäude solche, allen hygienischen Anforderungen Hohn sprechenden Einrichtungen geduldet werden.

Eine neue Erscheinung auf dem Gebiete der Spuckgefässe, die geeignet ist, die Mängel der bisherigen unpraktischen Spucknäpfe zu beseitigen, wird von C. Hülsmann, *Freiburg* i. B., unter dem Namen: „Spucklade Sanitas" *in den Handel* gebracht. Diese Spucklade nimmt nur wenig Raum ein, sie wird in etwa 1 m Höhe in Eisenbahn- und Strassenbahnwagen, in Treppenhäusern, Arbeitszimmern u. s. w. aufgehängt oder beim Bau von Häusern als Bestandtheil derselben sogleich mit eingemauert. Sie kann an die Wasserleitung und den Kanal angeschlossen oder auch nur mit Wasser gefüllt werden, das von Zeit zu Zeit mittels eines unten befindlichen Hahnes entleert wird. Bei der Benutzung wird an einem Knopfe der Verschlussklappe gezogen. Diese Klappe schliesst sich selbstthätig unter gleichzeitiger Spülung mit Wasser. Ein Verschleppen des Sputums durch Fliegen ist ausgeschlossen, ebenso eine Verunreinigung der Wände und Fussböden.

2. Dass das Küssen auf den Mund die Ansteckungsgefahr erheblich steigert, ist wiederholt hervorgehoben worden. Lungenkranke Mütter führen daher ihren Lieblingen oftmals in überwallender Liebe unbewusst den Keim der Krankheit zu. Ganz zu verwerfen ist aber die auf dem Lande und auch wohl in den Städten vielfach verbreitete Unsitte des zur Beruhigung der Kinder dienenden Nutschbeutels. Die Mutter oder Wärterin des Kindes kaut Semmel oder Zwieback und bindet diesen Speichelbrei in ein Leinwandläppchen, das dann dem Kinde in den Mund gesteckt wird. Ganz alltäglich ist auch die Unsitte, die Milchflasche auf ihren Wärmegrad zu prüfen. Die Mutter oder Wärterin saugt selbst Milch aus dem Saughütchen und prüft im eigenen Munde, ob die Milch die richtige Temperatur hat. Sodann wird die Flasche ohne Weiteres dem Kinde gereicht.

3. In Cigarrenläden, Konditorläden u. s. w. kann man täglich beobachten, wie der Verkäufer oder die Verkäuferin die an Schnüren oder Haken aufgehängten Düten abreisst, mit dem Munde aufbläst, die Cigarren oder andere Waaren

hineinsteckt und dann die Düte ordnungsmässig schliesst, damit die hineingeblasenen Bazillen nicht wieder herauskönnen, sich vielmehr innig mit dem Inhalt verbinden müssen.

4. In den Lungenheilstätten fehlen noch vielfach Einrichtungen, um Messer und Gabeln, Teller und Tassen nach dem Gebrauch zu sterilisiren. Die Messer und Gabeln werden auf den üblichen Putzmaschinen geputzt. Es würde interessant und von Werth sein, festzustellen, wie viele Tuberkelbazillen an diesen Maschinen, die ohnehin nicht sehr appetitlich sind, haften mögen.

5. Die Zahnärzte benutzen zum Reinigen der Zahnbohrer gewöhnlich eine an der Bohrmaschine angebrachte Rundbürste, eine Einrichtung, die polizeilich untersagt werden sollte, da beim Zahnarzte die Ansteckung am leichtesten möglich ist.

6. Die Unsitte, beim Umblättern der zum allgemeinen Gebrauch ausgelegten Bücher und Journale die Finger durch Speichel anzufeuchten, kann man täglich in den Cafés, ja sogar in Lungenheilstätten beobachten.

7. Das Kreisen der Schnapsflasche und die Benutzung derselben Trinkgefässe birgt grosse Gefahren in sich, ist aber eine alltägliche Erscheinung.

8. Auch die Darreichung des Abendmahlskelches an eine ganze Reihe von Kommunikanten ist nicht einwandfrei, obwohl ein gewissenhafter Geistlicher den Kelch jedesmal etwas dreht und den Rand von Zeit zu Zeit abwischen lässt.

9. Dass in vielen Gasthäusern die Bettbezüge und in Speisehäusern die Mundtücher wiederholt benutzt und statt gewaschen, nur eingesprengt und geglättet werden, ist ein weit verbreiteter gewissenloser Unfug.

10. Gegen die Unsitte des Schleppentragens auf der Strasse ist schon so viel geschrieben worden, dass anscheinend nur ein polizeiliches Verbot wirksame Abhilfe zu schaffen vermag. Jedenfalls ist die Bewegung der Münchener Damen gegen das Schleppentragen mit Freude zu begrüssen.

11. Endlich ist das Belecken der Briefumschläge und der Briefmarken, die oft mit zweifelhaftem Klebstoffe gummirt werden, zu verwerfen. (Kompass.)

Die epidemische Genickstarre.

Während des Jahres 1900 wurden in Preussen 144 Meldungen wegen Genickstarre abgestattet, von denen jedoch 17 sich als irrig erwiesen. Von den übrigen 127 betreffen die meisten (27, 25, 23) die Provinzen Schlesien, Brandenburg, Hessen-Nassau bezw. die Regierungsbezirke Oppeln (24), Potsdam (19) und Wiesbaden (19). Eine Häufung der Krankheitsfälle trat nur ein im Stadtkreise Spandau (14!), im Stadtkreis Köln (9), im Obertaunuskreis (7) und im Kreise Lublinitz (6). In 27 Fällen lag Grund vor, eine Uebertragung von Mensch zu Mensch anzunehmen. Sehr interessant ist die Thatsache, dass einer der Erkrankten und Gestorbenen der Sohn eines Desinfektors war, welcher ohne Anlegung eines Arbeitsanzugs die Wäsche eines an Genickstarre Verstorbenen desinfizirt und sich sodann zu Hause, ohne sich selbst genügend zu reinigen, zu seinem Kinde ins Bett gelegt hatte. Grade die Seltenheit der Krankheit macht diesen Fall so lehrreich!

Das Leiden befiel meist jugendliche Personen, einige kleine Epidemieen brachen in Kasernen aus. Es starben 86, 41 genasen nach monatelangem Kranksein, doch blieben bei einer Anzahl von ihnen Beschädigungen der Augen, Schwerhörigkeit oder leichte Verstandesmängel zurück. Ausser der typischen Nackenstarre und Benommenheit kamen bisweilen Nervenstörungen an den Augen, selten eitrige Bindehaut- und Lidentzündungen, häufig Bläschenausschlag an Mund und Nase vor.

Ein Arzt wegen fahrlässiger Tödtung angeklagt.

In einem hessischen Dorfe wurde eine Frau ohne ärztliche Hilfe regelrecht entbunden. Nachher stellte sich eine mässige Blutung ein. Es wurde zu dem eine halbe Stunde entfernt wohnenden Arzte geschickt, der sich im Wirthshause befand und angeblich etwas „animirt“ war. Dieser wollte, da das Dorf eigentlich nicht in seinem Bezirk lag, anfangs nicht kommen, sagte aber schliesslich zu. Darauf blieb er noch $^3/_4$ Stunden in der Wirthschaft, bis ein zweiter Bote ihn um Beschleunigung seines Besuches bat. Nunmehr begab er sich in seine Wohnung, traf die nöthigen Vorbereitungen und traf schliesslich nach im ganzen zwei Stunden bei der Frau ein — die jedoch inzwischen verblutet war.

Gegen die Anklage wandte der Arzt ein, er habe mit der betr. Hebamme verabredet, dass sie ihn bei Gefahr im Verzuge immer schriftlich zu informiren habe; dies sei im vorliegenden Falle nicht geschehen, aus der Schilderung des Boten habe er die Sachlage nicht erkennen können. Der Gerichtshof sprach den Angeklagten, der einen sehr guten Ruf in der Gegend geniesst, frei.

Die Fernbehandlung Kranker.

Das Königl. Sächsische Landes-Medizinal-Kollegium hat in der Sitzung vom 20. November 1899 den Antrag Chalybäus, betr. ein gesetzliches Vorgehen gegen die Fernbehandlung Kranker, angenommen, und der Präsident hat in der Sitzung vom 19. November 1900 mitgetheilt, dass in Bezug auf diesen Antrag das Ministerium des Innern in befürwortendem Sinne die Erledigung der Frage beim Reichsamt des Innern angeregt habe. Die Tagesblätter berichten jetzt: Die Frage der Behandlung Kranker aus der Ferne ist von dem Königl. Sächs. Gesandten in Berlin beim Reichskanzler angeregt worden. Die Behandlung aus der Ferne soll durch Reichsgesetz verboten werden. Gemeint ist unter solcher Behandlung die ausschliesslich briefliche Behandlung, die gemeinhin mit Anpreisung besonderer Heilverfahren verbunden ist, und die von approbirten Aerzten vereinzelt, am häufigsten aber von Nichtapprobirten geübt wird. Der Reichskanzler hat das Kaiserl. Gesundheitsamt um die Erstattung eines Gutachtens ersucht. In diesem Gutachten spricht sich das Amt folgendermassen aus:

„Durch die Standesordnung für die ärztlichen Bezirksvereine im Königreich Sachsen vom 12. August 1896, § 3, Abs. 6 und § 6 ist es den dortigen Aerzten untersagt, sich öffentlich anzupreisen, namentlich besondere eigene Heilmethoden mittelst Flugschriften, in öffentlichen Blättern etc. zu empfehlen, sowie Kranke ausschliesslich brieflich, d. h. aus der Entfernung zu behandeln. Kurpfuscher, sowie andere die Heilkunst ohne Approbation ausübende Personen, die erfahrungsgemäss von der Fernbehandlung und der Anpreisung besonderer Heilverfahren einen ausgiebigen Gebrauch zu machen pflegen, werden von dem Verbote nicht betroffen. Seitens des Königl. Sächs. Landes-Medizinal-Kollegiums ist die Anregung ergangen, das Verbot, schon aus Billigkeitsgründen gegenüber den Aerzten, auf die vorgenannten Personen auszudehnen und für das ganze Reichsgebiet gleichmässig zu erlassen. Diesem Vorschlag kann diesseits um so rückhaltloser zugestimmt werden, als durch eine derartige Massregel dem in öffentlichen Blättern sich breitmachenden, die Gesundheit und den Geldbeutel weiter Bevölkerungsschichten gefährdenden Kurpfuscherwesen eine wirksame Stütze entzogen würde.

Der gelegentlichen Behandlung Kranker aus der Ferne wird in besonderen Nothfällen, sowie in schwach bevölkerten und schlecht mit Aerzten versehenen Gegenden niemals ganz zu

entrathen sein. Die Einführung eines allgemeinen Verbotes einer derartigen Behandlung würde namentlich von der minderbemittelten Landbevölkerung als eine Härte empfunden werden und geeignet sein, dieselbe mehr noch als bisher den ortsangesessenen Kurpfuschern zuzuführen. Für den Fall, dass einer einheitlichen Regelung des Gegenstandes näher getreten wird, wäre daher von einem unbedingten Verbot jeglicher Fernbehandlung ebenso abzusehen, wie dies in der sächsischen Standesordnung geschehen ist, welche gleichfalls nur die ausschliessliche (briefliche) Behandlung Kranker aus der Entfernung als unzulässig bezeichnet.

Gegen den Erlass eines allgemeinen Verbots der Ankündigung und Anpreisung der Fernbehandlung liegen Bedenken nicht vor.

Ein rechtliches Hinderniss dürfte nicht entgegenstehen. Denn der im § 1 der Gewerbeordnung ausgesprochene Grundsatz der Gewerbefreiheit bezieht sich nur auf die Zulassung zum Gewerbebetriebe, nicht auf die Art der Ausübung desselben, abgesehen davon, dass dieses Gesetz nach § 6 auf die Ausübung der Heilkunde überhaupt nur insoweit Anwendung findet, als es ausdrückliche Bestimmungen darüber enthält. Es ist voraussichtlich in allen Bundesstaaten auch eine gesetzliche Grundlage vorhanden, um Polizeiverordnungen zum Schutz von Leben und Gesundheit zu erlassen. In denjenigen Staaten, in denen ärztliche Ehrengerichte mit Strafgewalt über alle approbirten Aerzte staatlicherseits errichtet sind, dürften die angeregten Vorschriften nur auf die nicht approbirten Personen zu erstrecken sein." (Corr.-Bl. sächs. Aerzte.)

Der Titel „Sanitätsrath" stempelfrei.

Der Kultusminister macht im „Staatsanz." bekannt:

„Die Vorschrift unter No. 60 Litt. e des Tarifes zu dem Stempelsteuergesetze vom 31. Juli 1895 (Ges.-Samml. S. 413), welche „für die Verleihung von Titeln an Privatpersonen" einen Steuersatz von 300 Mark vorsieht, ist bisher auch bei der Verleihung des Titels „Sanitätsrath", „Geheimer Sanitätsrath" an nicht beamtete Aerzte zur Anwendung gebracht worden. Die Stellung, welche der ärztliche Stand und seine Mitglieder nach der neueren Gesetzgebung in gesundheitlichen Fragen einnehmen, das erhöhte Mass, in welchem sie an der Lösung der Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege gegen früher betheiligt werden, sowie eine Reihe öffentlich-rechtlicher Befugnisse und Verpflichtungen, welche ihnen in Bezug auf die Ermittelung und Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten auferlegt sind, rechtfertigen es, auch die nicht beamteten Aerzte nicht mehr als Privatpersonen im Sinne des Stempelsteuergesetzes anzusehen, sondern anzunehmen, dass sie auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, wie die Rechtsanwälte auf dem der Rechtspflege, eine eigenartige Stellung öffentlich-rechtlichen Charakters bekleiden. Auf Grund der vorstehenden Erwägungen bestimme ich im Einverständniss mit dem Herrn Finanz-Minister, dass in Zukunft bei der Verleihung des Titels „Sanitätsrath", „Geheimer Sanitätsrath" an nicht beamtete Aerzte von der Einziehung des Stempels der Tarifstelle No. 60 Litt. e des Stempelsteuergesetzes vom 31. Juli 1895 abgesehen werde."

No. 5 des Medizinal-Ministerial-Blattes

hat folgenden Inhalt:

Unter „Organisationsangelegenheiten".

1. Erlass betreffend die Verwendung von Ersparnissen an Besoldung während der Vakanz einer Stelle zur Bestreitung der Kosten für die kommissarische Verwaltung derselben vom 27. Juni 1901.

2. Erlass betreffend die Berechnung des Lebensalters bei Berechnung von Waisengeld und Waisenrente vom 13. Juni 1901.

3. Erlass betreffend Auszahlung der für ausgeschiedene Beamte angewiesenen Unterstützung an deren Erben vom 25. Juni 1901.

4. Erlass betreffend ärztliche Behandlung von Staatsbeamten durch die Kreisärzte vom 9. Juli 1901 (vergl. vor-vorige Nummer).

5. Erlass betreffend die Titelverhältnisse der Kreisärzte vom 10. Juli 1901.

6. Erlass betreffend Anrechnung der Dienstzeit vor der in Folge strafrechtlichen Urtheils erfolgten Entlassung bei Wiederanstellung eines Beamten im Falle der Pensionirung vom 5. August 1901.

7. Erlass betreffend Obduktionsgebühren der vollbesoldeten Kreisärzte vom 30. Juli 1901 (siehe Gebührenwesen).

Unter „Medizinisches Unterrichtswesen".

Der in voriger Nummer wiedergegebene Erlass vom 26. Juli 1901 betreffend das praktische Jahr.

Unter „Prüfungswesen".

1. Erlass betreffend das Prüfungswesen der Heilgehilfen und Masseure vom 6. Juli 1901. (Zwecks einheitlicher Regelung des Prüfungswesens sollen die in den einzelnen Bezirken geltenden Bestimmungen dem Minister eingereicht werden.)

2. Erlass betreffend Nachprüfungen der Trichinenschauer vom 2. August 1901. (Die Nachprüfungen dürfen nicht nur an den Amtssitzen der Kreisärzte, sondern in allen Kreisstädten abgehalten werden).

Unter „Seuchenbekämpfung".

1. Erlass betreffend das Vorkommen von *Genickstarre* in Preussen im Jahre 1900, vom 29. Juni 1901. (Unter Darlegung der Ergebnisse der vorjährigen Statistik wird zur Erzielung einer gleichmässigen Berichterstattung die Ausfüllung bestimmter Fragebogen für die Zukunft vorgeschrieben.)

2. Erlass betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Pest, vom 12. Juli 1901.

3. Erlass betreffend Durchführung der zur Verhütung der Tuberkulose in den Krankenhäusern getroffenen Massnahmen vom 20. Juli 1901. (Erneute Erinnerung an den Erlass vom 10. Dezember 1890).

4. Erlass betreffend den gesundheitspolizeilichen Ueberwachungsdienst in den preussischen Häfen, vom 7. August 1901.

Unter „Fürsorge für Kranke und Gebrechliche".

Erlass betreffend Anwendung des Crédé'schen Verfahrens bei Blenorrhoe der Neugeborenen, vom 8. Juli 1901. (Die Oberpräsidenten sollen, auch mit Rücksicht auf den Hebammenunterricht, auf die thunlichst allgemeine Anwendung des Crédé'schen Verfahrens in den Provinzialentbindungs- und Hebammenlehranstalten hinwirken).

Unter „Nahrungsmittel".

Erlass betreffend die Metallbeschläge der Trinkgefässe, vom 10. Juli 1901.

(Statt der bisher vielfach geübten milderen Praxis, wonach nur für die mit dem Inhalt unmittelbar in Berührung kommenden Theile die Verwendung mehr als zehnprozentiger Bleilegirungen beanstandet wurde, soll künftig allgemein die strengere Platz greifen: alle Theile der Trinkgefässbeschläge haben den vorschriftsmässigen Höchstgehalt an Blei innezuhalten. Von einem Einschreiten gegen Schankwirthe, die unter der Herrschaft der milderen Praxis bereits unvorschriftsmässige Schankgefässe angeschafft haben, ist jedoch abzusehen.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestel'geld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 19. Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

Aus dem pathologischen Institut der Universität Greifswald (Professor Grawitz).

Ueber Fettembolie.

Von
Privatdozent Dr. **Otto Busse**,
I. Assistent am Institut.

Die Fettembolie, die bei Knochen- und Weichtheilverletzungen oft in letzter Linie die eigentliche Ursache für den Eintritt des Todes bildet, spielt gerade in der Unfallpraxis eine ganz ausserordentlich wichtige Rolle. Ihre genaue Kenntniss, ihr Vorkommen und ihre Bedeutung sollte deshalb jedem Arzte, in erster Linie jedem Sachverständigen geläufig sein, um so mehr, als das makroskopische Aussehen der Organe, wenigstens der Lungen, Nieren und des Herzens bei der Fettembolie ganz und gar unverändert ist und der Obduzent weder durch Farbe noch Konsistenz noch Blutgehalt der Organe auf das Vorhandensein der Fettembolie aufmerksam gemacht wird. Der Obduzent muss vielmehr aus der Erfahrung heraus, dass eben Fettembolie im Spiele sein könne, bewusst und aus eigener Initiative die scheinbar normalen Organe einer mikroskopischen Untersuchung unterziehen. Im Gehirne allerdings, machen, wie Ribbert*) in seiner neusten Arbeit mit Recht hervorhebt, oft kleine Blutungen den Obduzenten aufmerksam und fordern ihn zu einer genaueren mikroskopischen Untersuchung auf. Da nun aber in einer grossen Anzahl von Fällen das Gehirn frei von Fett, dagegen Lungen und Nieren davon stark erfüllt angetroffen werden, so wird es von der Erfahrung und der Gründlichkeit des Obduzenten abhängen, ob die Fettembolie gefunden wird oder nicht, und ich glaube, dass Brodbeck**) recht hat, wenn er sagt, dass mancher Fall von Fettembolie unerkannt bleibt und fortfährt: „Es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass gar mancher der vielen unerwarteten Todesfälle nach einer schweren, namentlich aber leichteren Verletzung, der in früheren Zeiten durch Shok, Herz- oder Lungenschlag, Delirium u. s. w. erklärt wurde, sich in Wahrheit auf eine Fettembolie zurückführen liesse."

Für das Zustandekommen nun der Fettembolie kommt neben der Zertrümmerung des Knochens und der Zerquetschung

*) Ueber Fettembolie. Deutche medizinische Wochenschrift 1900. No. 26.

**) Ueber Fettembolie. Inaug. Dissert. Greifswald 1901.

des Markes und der Weichtheile noch ein ursächliches Moment ganz wesentlich in Betracht, das ist die Erschütterung des Körpers. Ribbert erwähnt in seiner oben genannten Arbeit, dass bei Kaninchen schon der Fall von Tischhöhe zur Erde unter Umständen erhebliche Fettembolie in den Lungen zur Folge gehabt habe, auch in Fällen, in denen die Knochen nicht gebrochen seien.

Bedenkt man dies, so ist klar, dass bei schweren Verletzungen der Transport für den Verletzten vielfach verderblicher und gefährlicher werden kann, als die schwere Verletzung an sich. Die Fettembolie und damit der tödtliche Ausgang kann selbst dann noch eintreten, wenn schon Tage nach dem Unfall verstrichen sind, in denen sich der Verletzte relativ wohl befunden hat. Einen sehr lehrreichen Fall dieser Art erlebten wir im November vorigen Jahres im Greifswalder pathologischen Institute; ich möchte ihn als Beleg für das oben Gesagte hier kurz mittheilen.

Es handelt sich um einen 65jährigen Kuhhirten, der Ende Oktober eines Tages von einem wild gewordenen Bullen umgestossen, gegen die Wand gedrückt und noch durch mehrere kräftige, theils mit den Hörnern theils mit dem Kopfe geführte Stösse an der Brust schwer verletzt wurde. Der Kuhhirt wurde ins Bett gebracht und erholte sich von dem Unfall und fühlte sich auch in den nächsten Tagen fortgesetzt relativ wohl. Um aber die Verletzungen wirklich gut auszuheilen, äusserte der Patient den Wunsch, in die Greifswalder chirurgische Klinik übergeführt zu werden. Er wurde zu diesem Zweck auf einen gewöhnlichen, federlosen Kastenwagen gelagert und darin die etwa 25 km lange Strecke zur Klinik zum Theil auf recht holperigem Wege gefahren. Zu Anfang wohl und munter, klagte er bald über die starken Erschütterungen und die durch die Stösse verursachten Schmerzen und fragte immer ungeduldiger, ob man nicht bald am Ziele sei. Allmählich wurde er stiller und bald ganz still, die Angehörigen glaubten, er schliefe, und fanden erst, als sie ihn im Hofe der Klinik vom Wagen heben wollten, dass er tot wäre.

Bei der am 1. November vorgenommenen Sektion finden sich am Schädel einige Abschürfungen der behaarten Kopfhaut, keine Veränderungen im Gehirn. An der Brust zeigt sich das Sternum in Höhe der III. Rippe gebrochen, auf der rechten Seite ist die II. Rippe zweimal, die III., IV., V. und VI. Rippe je einmal, auf der linken Seite die II., III., V., VII., VIII. Rippe je einmal, die IV. zweimal gebrochen, bezgl. eingeknickt. Die Pleura ist nirgends eingerissen oder verletzt.

Das Herz ist schlaff, das Herzfleisch bräunlich roth aber transparent, Klappen und Endocard sind unverändert, ebenso die Coronararterien.

Die linke Lunge ist durch zahlreiche flächenhafte Verwachsungen der Brustwand adhärent. In diesen der Lunge aufliegenden Bindegewebsschichten finden sich flächenhafte Infiltrationen mit Blut, die von Einknickungen der II. und IV. Rippe im Angulus costae herrühren. Die Lunge selbst ist frei von Blutungen, überall knisternd und weich, im Unterlappen dunkler gefärbt als im Oberlappen, der abgestrichene Gewebssaft ist reichlich, blutig, schaumig und klar. Schleimhaut der Bronchien gelblichroth und mit Schleim belegt.

Die rechte Lunge zeigt ebenso wie die linke Verwachsungen der Pleura mit der Brustwand, sonst nur einen geringen Grad von Oedem und Hypostase.

Die Milz ist 12,5 : 8,0 : 2,2 cm gross, zeigt einige strangartige Verwachsungen mit Umgebung, ist aber sonst normal.

Die linke Niere misst 11,5 : 4 : 3,5 cm, ihre Oberfläche ist leicht granulirt und enthält einige narbige Einziehungen. Die Spitzen der Papillen zeigen kleine weisse Streifen, die Rindensubstanz ist grauroth und transparent. Die rechte Niere misst 11 : 6 : 3,5 cm, weist ausser einem kleinen Fibromknötchen nichts von dem Befunde der linken Niere abweichendes auf.

Beckenorgane, Duodenum und Magen bieten durchaus normalen Befund. Die Leber ist 28 : 16 : 7 cm gross, hat feste Konsistenz, braunrothe Farbe, und deutliche Acinuszeichnung, indem sich die weisse Peripherie von der braunen zentralen Zone deutlich absetzt. Pankreas, Darm, Mesenterium und Wirbelsäule ohne pathologische Veränderungen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt eine ganz ausserordentlich starke kapilläre Fettembolie in allen Theilen der Lunge; auch die Kapillarschlingen der Glomeruli enthalten sehr reichliches Fett. Im Gehirn dagegen lässt sich trotz eingehender Untersuchung kein Fett nachweisen.

In dem vorliegenden Falle sehen wir also die oben gemachten Bemerkungen bestätigt. Der Patient befand sich trotz der Schwere der Verletzung durch eine Reihe von Tagen wohl und hatte selbst ebenso wie seine Umgebung die begründete Hoffnung auf völlige Genesung, da führte der unzweckmässige, Stunden lange und beschwerliche Transport den schnellen Tod des Patienten herbei. Der Tod ist, wie die Sektion und mikroskopische Untersuchung gezeigt hat, auf eine ungewöhnlich starke Fettembolie zurückzuführen. Diese selbst, darüber kann wohl nach dem ganzen Krankheitsverlaufe kein Zweifel bestehen, ist im Wesentlichen erst auf dem Transporte entstanden. Es mag ja schon beim Unfall selbst eine geringe Aufnahme von Fett stattgefunden haben, aber das in den folgenden Tagen bestehende Wohlbefinden, das Fehlen jeglicher Athem- oder Herzbeschwerden zeigen, dass dies nicht viel gewesen sein kann. Diese Menge hätte der Patient wohl ebenso gut resorbirt, wie er bei ruhiger Lage die vollkommen unkomplizirten Knochenbrüche ausgeheilt hätte. Erst die fortgesetzten Erschütterungen auf dem Wege zur Klinik in dem federlosen Wagen, die dabei unvermeidlichen Verschiebungen und Reibungen der Knochenenden gegen einander haben zu erneuter Aufnahme grösserer Mengen von Fett geführt, bis allmählich das Herz gegenüber den sich immer mehr häufenden Schwierigkeiten im kleinen Kreislaufe erlahmte.

Unwillkürlich wird man angesichts dieses Falles zu der Vermuthung gedrängt, dass wohl auch sonst bei *einer grossen* Zahl von verunglückten Personen, die an Fettem*bolie auf dem* Wege ins Krankenhaus oder kurze Zeit nach der Einlieferung sterben, dieser beklagenswerthe Ausgang nicht durch die Verletzung als solche, sondern durch den ungeeigneten Transport herbeigeführt wird. In dieser Beziehung mahnt der Fall zur äussersten Vorsicht beim Transporte Verletzter.

Ein zweiter Punkt, der bei der Frage des Todes durch Fettembolie eine Besprechung verdient, ist der, wie gross die Menge des die Kapillaren verstopfenden Fettes sein muss, um den Tod herbeizuführen.

Es leuchtet wohl ein, dass sich hierüber keine präzisen zahlenmässigen Angaben machen lassen, sondern dass — sit venia verbo — die tödtliche Dosis ganz ausserordentlich bei den verschiedenen Individuen schwankt, und zwar wird sie in ihrer Grösse im Wesentlichen abhängig sein von dem Allgemeinzustand, vor Allem von der Herzkraft. Jugendstarke Leute mit funktionsfähigem, kräftigem Herzen können selbstverständlich eine bedeutend stärkere Erschwerung ihrer Cirkulation aushalten und eventuell überwinden als Personen, bei denen die Kraft des Herzens ohnehin nur mit Mühe die Arbeit der gewöhnlichen Cirkulation zu leisten im Stande ist. Jeder Gutachter wird also in jedem gegebenen Falle bei der Beurtheilung der Todesursache Beschaffenheit des Herzens und Ausdehnung der Fettembolie gegen einander abschätzen müssen. Es verdient aber ausdrücklich hervorgehoben zu werden, dass unter Umständen wirklich nur kleine Mengen von Fett in der Lunge eine Lähmung des Herzens herbeiführen können. Auch diesen Satz möchte ich in Folgendem kurz durch einen Fall aus der Praxis belegen.

Der Kaufmann S. hatte am Abend des 12. März 1899 einen Unfall erlitten, indem er die etwa 12 Stufen zählende Treppe in seinem Hause hinuntergefallen war. Der ungewöhnlich starke fettleibige Mann hatte sich mit Hilfe der hinzukommenden Dienstmädchen er-

hoben und in sein Schlafzimmer begeben können. Er legte dem Unfall zunächst keine weitere Bedeutung bei, begab sich zur Ruhe und schlief ohne besondere Beschwerden bis um 7 Uhr morgens. Um diese Zeit stand er auf, arbeitete am Schreibtisch bis nach 9 Uhr, kehrte dann aber in das Schlafzimmer zurück, um sich niederzulegen, weil er sich nicht wohl fühlte „und sich doch wohl mehr bei dem Fall zugezogen hatte, als er geglaubt hätte." Die Frau half dem Mann beim Auskleiden, begab sich dann in die Küche und fand, als sie etwa nach 20 (nach andern Angaben nach 30) Minuten in das Schlafzimmer trat, den Mann tot im Bett liegen.

Ich wurde, weil S. in der Unfallversicherung mit 20000 Mark versichert war, von den Angehörigen und deren Hausarzt aufgefordert, die Obduktion der Leiche vorzunehmen.

Inzwischen war bekannt geworden, dass S. in Zahlungsschwierigkeiten sich befand, Wechsel gefälscht und Unterschlagungen begangen hatte, kurz, unmittelbar vor gänzlichem Untergang gestanden hatte.

Die Obduktion, die besonders auch die Möglichkeit einer Vergiftung, zumal Blausäurevergiftung berücksichtigen musste, wurde am 15. März, also 48 Stunden nach dem Ableben, bei schon vorgeschrittener Verwesung vorgenommen. Aus dem Sektionsprotokoll hebe ich Folgendes hervor.

Die Leiche des ungewöhnlich starken Mannes zeigt im Grossen und Ganzen eine grauweisse Farbe. Der Bauch ist enorm aufgetrieben und straff gespannt. An den abhängigen Theilen finden sich dunkelblaurothe Totenflecke, besonders auffällig tritt die dunkle Färbung am rechten Ohr hervor.

Auf dem Rücken der linken Hand befindet sich ein runder Bluterguss, der etwa 3 cm im Durchmesser misst, ein ähnlicher, nur etwas grösserer, gleichartig ausgebreiteter Erguss findet sich an der rechten Seite der Brust. Hier ist die Haut in weiterer Umgebung noch von kleineren Blutherden durchsetzt und an einzelnen Stellen ihrer Deckschicht beraubt. Auch an der vorderen Fläche des linken Unterschenkels ist die Haut in grösserem Umfange abgestossen und von kleinen Blutungen durchsetzt. Ebenso ist die Haut am Kreuzbein über handgross theils abgeschürft, theils von Blutungen durchsetzt.

Die Pupillen sind beiderseits gleich weit, etwa 5—6 mm; an den natürlichen Oeffnungen des Körpers ist Fremdartiges nicht zu bemerken, nur ist die Nase und die Umgebung des Mundes besonders auf der linken Seite mit blutigem Schleim, (Mageninhalt, der beim Transport der Leiche ausgetreten ist,) beschmutzt. Der Gesichtsausdruck ist ein durchaus ruhiger. Die kleinen und grossen Gelenke sind durch Totenstarre der Muskulatur fixirt, im Uebrigen ist an Kopf, Hals, Rumpf und Gliedmassen nichts Abnormes zu bemerken.

Auf dem vom Kinn zur Symphyse geführten Hauptschnitte treten aus den untern Lagen des sehr dicken Fettpolsters an den verschiedensten Stellen Fäulnissgase aus. Aus dem Bauche entleert sich unter starkem Zischen eine grosse Menge Gas, danach kollabiren die Bauchdecken erheblich. Die Gase haben den gewöhnlichen Geruch der Fäulnissgase, irgend ein fremdartiger Geruch, insonderheit Geruch nach bittern Mandeln wird nicht wahrgenommen. Weiterer fremder Inhalt ist in der Bauchhöhle nicht vorhanden, die Serosa der Darmschlingen ist glatt und glänzend und von gleichmässiger graurother Farbe.

Auch bei Eröffnung der Brusthöhle entströmen reichliche Gase ohne auffälligen Geruch. Die Lungen fallen zusammen, die Brustfellsäcke sind leer. Der Herzbeutel ist durch ammoniakalisch riechende Fäulnissgase ausgedehnt und enthält sonst noch 10 ccm einer nicht ganz klaren Flüssigkeit. Herzbeutel ist überall feucht, glatt und glänzend. Das Herz ist bedeutend grösser als die Faust der Leiche. Das Fettgewebe unter dem Pericard bildet, besonders an dem rechten Herzen, eine sehr erhebliche bis über 2 cm dicke Lage und sieht gelb aus. Rechter Vorhof und rechte Kammer sind stark ausgedehnt durch theils flüssiges, theils geronnenes dunkelkirschrothes Blut. Auch die linken Herzhöhlen sind stark ausgedehnt. Klappenapparat erweist sich als intakt und funktionsfähig. Die Muskulatur ist schlaff, an der inneren Hälfte diffus roth gefärbt, aussen von gelblich rother Farbe und von Fettgewebssträngen durchsetzt. Das Muskelfleisch hat ein eigent ümlich lehmfarbenes Aussehen, besonders an der Herzspitze. Die Innenfläche des Herzens ist ebenso wie die Klappen diffus roth gefärbt. Die Kranzadern des Herzens zeigen im Grossen und Ganzen dünne und elastische Wendungen, nur an einzelnen Stellen finden sich Verdickungen, die die Innenseite buckelartig vorwölben und die Abgänge der kleinen Aeste verlegen.

Die linke Lunge liegt frei in der Brusthöhle, das Brust- und Lungenfell ist überall glatt. Die Lunge selbst ist in allen Theilen lufthaltig und knisternd. Sie ist ungewöhnlich blutreich.

Ueber die Sch ittfläche fliesst sehr reichlicher blutiger, schaumiger, klarer Gewebssaft. Die Schnittfläche ist von dunkelrother Farbe und glatt. Die Bronchien sind von bräunlich gefärbter Schleimhaut ausgekleidet, im Lumen findet sich reichliche schaumige Flüssigkeit. Die Arterien der Lunge sind leer.

Auch die rechte Lunge liegt frei in der Brusthöhle, auch an ihr fällt die Blutfülle und die Menge von Gewebssaft auf, sie zeigt sonst gleiche Beschaffenheit wie die linke.

Abweic end von der gewöhnlichen Technik wird jetzt der Magen nach Unterbindung der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms uneröffnet herausgenommen behufs genauer Untersuchung im pathologischen Institut.

An Milz, Nieren, Darm, Leber, Becken und Halsorganen findet sich nichts Pathologisches, ebenso wenig in der Schädelhöhle, bei deren Eröffnung ganz besonders sorgfältig auf etwa vorhandenen Bittermandelgeruch geachtet wird, ohne dass solcher zu erkennen wäre.

Im pathologischen Institut wurde von mir noch an demselben Tage die Untersuchung des Magens vorgenommen und am nächsten Tage eine genaue mikroskopische Untersuchung von Herz und Lungen angeschlossen.

Der Magen enthält neben nicht charakteristisch riechenden Gasen nur wenige Tropfen einer nicht ganz dünnflüssigen blutigrothen Flüssigkeit, die in einem sauberen Glasgefässe aufgefangen wird. Die Schleimhaut des Magens ist diffus roth gefärbt und mit einer dünnen Lage hellen Schleims bedeckt.

Irgendwelche Krystalle oder ungewöhnliche Theile können trotz genauester Untersuchung nicht gefunden werden. Der Magen wird in einen zweiten Glashafen gelegt, dieser verschlossen und kalt gestellt.

Da die mir bekannten Chemiker eine Untersuchung des Magens und Mageninhaltes ablehnten, so suchte ich mir selbst Aufklärung zu verschaffen. Ich injizirte zu dem Zweck von dem Mageninhalt $^1/_2$ ccm einer Brandmaus in die Bauchhöhle. Das Thier war zunächst etwas still und krank, hatte aber keine Zuckungen und Krämpfe, sondern erholte sich vollständig. Am nächsten Morgen injizirte ich 7 Fröschen von dem Mageninhalt je 1,5—0,5 ccm unter den Rücken. Von den Fröschen starben 4 unter krampfartigen Erscheinungen, während 3 am Leben blieben. Drei Mäuse, denen ich ebenfalls je 1,0—0,5 ccm Mageninhalt injizirte, starben innerhalb der nächsten 18 Stunden, aber ohne Krampferscheinungen.

Die Probe auf Blausäure — mit Guajaktinktur und Kupfervitriol — fiel sowohl beim Magen als auch beim Mageninhalt negativ aus. Ich habe am 16. März den Magen mit Alkohol übergossen, mit Glasdeckel und Pergamentpapier verschlossen und für eventuelle chemische Untersuchung unter Verschluss aufbewahrt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Lungen habe ich — untersucht sind etwa 40 Stellen — an jedem Theile eine theilweise Anfüllung der kleinsten Blutgefässe mit Fett angetroffen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Herzens habe ich neben einer sehr bedeutenden Wucherung des Fettgewebes eine Fettmetamorphose der Herzmuskulatur gefunden, von der grosse Abschnitte der Herzwandung betroffen sind.

Auf Grund dieses Befundes gab ich mein Gutachten dahin ab:

„Ich halte eine Vergiftung des Th. Sch. nicht für wahrscheinlich. Nach dem anatomischen Befunde sind ätzende Gifte von vornherein ausgeschlossen. In Betracht könnten überhaupt nur die schnellwirkenden Gifte, in erster Linie Cyanverbindungen, zweitens Strychnin kommen. Gegen Vergiftung mit Cyanverbindungen spricht:

1. Die dunkle Farbe der Totenflecken.
2. Die dunkle Farbe und Gerinnung des Blutes.
3. Das Fehlen des charakteristischen Geruches nach bitteren Mandeln.

4. Der negative Ausfall der Probe mit Guajaktinktur und Kupfervitriol.

Gegen eine Vergiftung mit Strychnin spricht vor allem:

1. Der Krankheitsverlauf.

2. Der zweifelhafte Ausfall der Thierversuche.

Es bleibt allerdings zu bemerken, dass durch alle diese Momente eine Vergiftung nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Es genügen aber für eine Erklärung des plötzlichen Todes die anatomischen Veränderungen an Herz und Lungen vollkommen.

Die Fettembolie in der Lunge bildet nach vielen Traumen oft die einzige und eigentliche Ursache des Todes. Allerdings ist in dem vorliegenden Falle die Fettembolie nicht so umfangreich, dass durch sie allein bei sonst gesundem Herzen der Tod erklärt werden könnte; aber wenn der Unfall und die dadurch hervorgerufene Fettembolie einen Menschen mit so geschwächtem Herzen betrifft, wie in dem vorliegenden Falle, so genügt eben schon eine leichte Cirkulationsstörung, um den Stillstand und die Lähmung des ohnehin degenerirten Herzens herbeizuführen. Meine Ansicht ist also, dass Th. Sch. an Herzlähmung gestorben ist, die durch die Folgen des Unfalls beschleunigt bezgl. in letzter Linie herbeigeführt worden ist."

Magen und Mageninhaltrest wurden später auf Veranlassung der Versicherungsgesellschaft in dem chemisch-hygienischen Untersuchungsamt von Herrn Dr. Schlicht in Stralsund untersucht, ohne dass Gifte darin zu ermitteln waren.

Der hier mitgetheilte Fall beweist erstens, dass Fettembolie auch beim Menschen ohne Knochenbrüche vorkommen und zum Tode führen kann, und zweitens, dass bei übermässiger interstitieller Fettgewebswucherung, verbunden mit einer theilweisen Fettmetamorphose der Muskulatur im Herzen in der That schon ganz geringe Mengen von aufgenommenem Fette genügen, um eine völlige Lähmung des Herzens herbeizuführen.

Aber noch ein weiteres Interesse verdient dieser Fall durch die Folgen, die er nach sich zog, und die mir so wichtig erscheinen, dass sie allein eine Publikation desselben rechtfertigen würden.

Die Gesellschaft nämlich, bei der S. versichert war, erkannte zwar angesichts des negativen Ausfalls der chemischen Untersuchung auf Gifte die Richtigkeit des Gutachtens und der angeführten Thatsachen an, weigerte sich aber trotzdem, die Versicherungssumme zu zahlen, indem sie sich dabei auf Paragraph 1 der Versicherungsbedingungen stützte, in welchem es heisst:

„Die Gesellschaft versichert auf Grund und nach Massgabe des gestellten Antrages gegen die materiellen Schadensfolgen von Körperverletzungen durch Unfallsereignisse, von welchen der Versicherte betroffen wird und in deren direkter und alleiniger Folge entweder der Tod, oder bleibende, beziehungsweise vorübergehende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit eintritt.

Ausserdem gewährt die Gesellschaft für Fälle, deren Folgen durch anderweitige, nicht durch das Unfallsereigniss als solches verursachte, Umstände erschwert sind, diejenige Entschädigung, welche nach Massgabe der genommenen Versicherung aus der gleichen Unfallsfolge einer Person in körperlich normalem Zustande zukommen würde."

Bei einer daraufhin erfolgenden Schiedsgerichtssitzung machte ich diesen Punkten gegenüber geltend: Es ist nicht angängig, zu erklären, in wie weit der Tod die direkte und alleinige Folge des Unfalls ist, bezgl. welche Folgen der Unfall bei anderen Personen gehabt hätte. Thatsache ist, dass der S. ohne den Unfall gelebt und sich soweit wohl gefühlt hat, als dies seine ungewöhnliche Korpulenz zuliess. Diese Korpulenz ist der Gesellschaft bekannt gewesen. Bei solcher Adipositas sind aber Herzveränderungen wie die geschilderten gewöhnliche, fast regelmässige Befunde. Die Gesellschaft hat aber trotzdem die Versicherung mit diesem ihr bekannten unbeholfenen, fettleibigen S. abgeschlossen und muss bei Unfällen dementsprechend auch für diejenigen Folgen aufkommen, die bei diesem S. eintreten, nicht aber nur für solche Folgen, wie sie sich bei irgend einer supponirten, körperlich ganz anders beschaffenen Person eingestellt haben könnten. Der Tod in dem vorliegenden Falle ist eingetreten in Folge der durch die Fettembolie in der Lunge gesetzten Erschwerung der Cirkulation und dadurch herbeigeführte Herzlähmung. Die Fettembolie ist als die direkte Folge des Unfalles anzusehen und dementsprechend also der Tod die Folge des Unfalles. Ohne diesen Unfall hätte S. vermuthlich noch länger gelebt, lediglich in Folge des Unfalls ist er gestorben.

Zur näheren Illustration meines Standpunktes führte ich folgende Beispiele an: Einem Herrn, der etwa 1,88 m gross ist, kann es sehr leicht passiren, dass er beim schnellen Emporspringen einer niedrigen Treppe, z. B. auf einem Dampfer, mit dem Kopfe gegen die Decke stösst und sich ernstlich verletzt. Dann könnte sich die Gesellschaft der Zahlung der Versicherungssumme entziehen, mit der Motivirung, die Folge des Unfalles sei ungewöhnlich schwer, weil der Verletzte ungewöhnlich gross sei; zur Abwägung der eigentlichen Folgen des Unfalles müsse man auf einen Menschen mittlerer Grösse zurückgreifen. In dem fingirten Falle wäre der Verletzte der Gesellschaft zu gross, wie in dem Falle S. zu korpulent.

Noch treffender ist vielleicht das von mir vorgebrachte zweite Beispiel: Fällt ein 70jähriger Herr auf der Strasse *bei Glatteis* zu Boden, so bricht er sich in vielen Fällen den Schenkelhals, ein junger Mensch würde sich bei dem gleichen Falle vielleicht nur eine Kontusion zuziehen. Die Versicherungsgesellschaft würde dann dem alten Herrn die Zahlung der Summe verweigern, weil der Bruch des Schenkels nicht die alleinige Folge des Unfalles, sondern auch die Folge der geringeren Festigkeit der senilen Knochen ist. Demgegenüber ist zu bemerken, dass die Gesellschaft nicht mit dem Jüngling, sondern mit dem 70jährigen Herrn den Vertrag geschlossen hat und selbstverständlich auch für die Unfälle, die dieser erleidet, bezüglich deren Folgen einzustehen hat.

Das ärztliche Schiedsgericht schloss sich dem von mir in meinem Gutachten vertretenen Standpunkte an und erkannte:

„Es ist anzunehmen, dass der Kaufmann Th. S. in Greifswald in Folge des am 12. März cr. erlittenen Unfalles (Sturz von der Treppe) am 13. März, $10^1/_2$ Uhr verstorben ist.

Indessen darf nicht verkannt werden, dass der Eintritt dieses Todes durch die krankhafte Beschaffenheit des Körpers des Verstorbenen (Fettherz und Fettleibigkeit) wesentlich begünstigt wurde."

Auf Grund dieses Entscheides kam ein Vergleich zu Stande, indem die Versicherung sich zur Zahlung von 15000 Mark (Dreiviertel der Versicherungssumme) verstehen musste.

Man sieht aus diesem Fall, wie ganz ausserordentlich wichtig gerade für den ärztlichen Sachverständigen bei der Begutachtung von Unfällen die Untersuchung auf Fettembolie bezüglich deren Feststellung werden kann; sie sollte deshalb in zweifelhaften Fällen nie unterlassen werden, zumal die mikroskopische Untersuchung am frischen Präparat innerhalb weniger Minuten mit den allereinfachsten technischen Hilfsmitteln auszuführen ist.

Die Leuchtgasvergiftung als Betriebsunfall.

Von
Medizinalrath Dr. **Leppmann.**

(Schluss).

Eine fernere Frage, ob etwa bestimmte klimatische Verhältnisse wie feuchte Luft, starke Hitze oder Kälte einen Einfluss auf das Zustandekommen der Gasvergiftungen, namentlich der ausserhalb geschlossener Räume, haben, muss ich an der Hand meines Materials verneinen.

Dieselben vertheilen sich ziemlich gleichmässig auf alle Jahreszeiten, wobei ich betonen möchte, dass mir auch die Möglichkeit ihrer Entstehung in allen Jahreszeiten die gleiche zu sein scheint. Handelt es sich im Winter mehr um Rohrbrüche im gefrorenen, unelastisch gewordenen Erdreich, so sind Sommer, Frühling und Herbst mehr die Zeiten, wo Anlagen und Umlegung von Rohrleitungen stattfinden.

Was nun bemerkenswerthe klinische Erscheinungen anbetrifft, so brachen in den meisten Fällen die Betroffenen an Ort und Stelle zusammen und starben selbst dann, wenn Hilfe bald zur Stelle war und sie verhältnissmässig rasch aus der Gasatmosphäre herausgebracht werden konnten, meist in kurzer Zeit, manchmal in einem Zeitraum, der nur nach Minuten (10—20) gerechnet werden konnte. Ein Beispiel dafür, welches ich oben angeführt habe, bietet der Unfall des 20jährigen Gasschlossers Y. welcher in der Wirthshausstube verunglückte.

Mit auffälliger Uebereinstimmung lese ich in allen Berichten, wo es sich um Arbeiten an Rohrleitungen handelte, dass die ohnmächtig Werdenden zunächst in die Kniee einknickten und vornübersanken, so dass sie, falls ihnen nicht bald Hilfe kam, mit Mund und Nase entweder auf die schadhafte Stelle selbst oder in deren Nähe zu liegen kamen und dadurch bei jedem neuen Athemzuge noch sicherer dem Tode entgegengingen.

Ich erkläre mir dieses eigenartige Zusammensinken nach vorn folgendermassen: Nach Kobert*) beginnt bei der Kohlenoxydvergiftung die Lähmung an den unteren Gliedmassen und steigt dann am Stamme empor. Da in unseren Fällen die Vergiftung Leute betraf, welche bei Arbeiten begriffen waren, bei welchen sie theils leicht, theils stark vorübergebeugt standen, musste der Rumpf, wenn der Körper durch Lähmung der Beine aus der Gleichgewichtslage kam, nach der Seite, wo der schwerere Theil der Körpermasse war, also vornübersinken.

Eine erwähnenswerthe Sonderstellung nehmen ferner die Fälle ein, wo die Beschädigten noch im Stande waren, die Unglücksstelle selbständig zu verlassen und erst in ihrer Behausung die Haupterscheinungen der Vergiftung auftraten.

Gerade für die Sachverstädigenthätigkeit erscheinen mir derartige Fälle besonders wichtig. Während dort, wo Ursache und Wirkung einer derartigen Giftbeschädigung zeitlich und örtlich eng bei einander liegen, die Organe der Berufsgenossenschaft, wie die Erfahrung in unseren Fällen lehrt, die Entschädigungspflicht der Hinterbliebenen ohne Weiteres anzuerkennen geneigt sind — bei manchen Fällen verzichteten sie sogar auf die Mitwirkung von Sachverständigen, — sind die Fälle, wo die Erscheinungen der Giftwirkung erst nach einiger Zeit in voller Stärke sich zeigten, geneigt, Zweifel zu erregen, ob nicht ein zufälliges Zusammentreffen mit einer von der Betriebsbeschädigung unabhängigen Krankheit vorliegt. Die wissenschaftliche Erfahrung mit der Kohlenoxydvergiftung hat uns zwar bei der Kohlendunstvergiftung gelehrt, wie verschiedenartig das Vergiftungsbild sein kann und welch unglücklichen Ausgang bisweilen scheinbar leichte Fälle, wenn sie schon längst der Kohlendunstatmosphäre entzogen sind, nehmen können. Bei der Leuchtgasvergiftung liegt, so weit ich die Literatur einsah, bisher keine reichliche, diesbezügliche Kasuistik vor, deshalb will ich die mir bekannt gewordenen Fälle skizziren.

*) Kobert, Toxikologie. Stuttgart, Enke 1893, S. 529.

1. Der 37 Jahr alte, seit fünf Jahren im Gaswerk beschäftigte und stets gesunde Rohrleger M. hatte am 2. August des Jahres 18.. in der Strasse einer Grossstadt Gasrohre zwischen Hausleitungen und Hauptrohr auszuwechseln. Nachdem schon mehrere Rohre ausgewechselt waren, wurde bei der letzten Zuleitung die Arbeit besonders schwierig, weil wegen öfteren Einprobirens das Rohr wiederholt geöffnet werden musste. Danach klagte M. dem Vorarbeiter über Unwohlsein und sagte, er habe im Laufe des Tages und namentlich zuletzt zu viel Gas eingeathmet. Der Vorarbeiter entliess ihn vor Schluss des Tagewerkes um $^3/_4$6 Uhr und M. ging allein in seine zufällig in der Nähe (ich taxire nach der Karte 150 Meter entfernt) liegende Wohnung. Dort klagte er seiner Ehefrau gegenüber über Mattigkeit, Unwohlsein und es trat Erbrechen grünlicher Massen ein, welche intensiv nach Gas rochen. Der um $^1/_2$7 Uhr herbeigeholte Kassenarzt traf um 7 Uhr ein. Der Kranke sass ausgekleidet im Bett, klagte über Schmerzen im Magen, Beklemmung auf der Brust, über Schwindel, Eingenommenheit und Druck im Kopfe. Dann kam plötzlich Erbrechen und Durchfall. Danach war die Magen- und Unterleibsgegend auf Druck etwas empfindlich, die Zunge trocken, der Puls etwas klein, die Haut kühl. Der Kranke empfand heftiges Durstgefühl und es stellten sich von Zeit zu Zeit Uebelkeiten und Brechreiz ein. Der Arzt ordinirte starken Kaffee, Rothwein, Eisstückchen. Um 8 Uhr abends bereits erfolgte plötzlich der Tod. Das Bewusstsein scheint bis zum Tode nicht erheblich gestört gewesen zu sein. Nach dem Tode war das Gesicht stark aufgetrieben, bläulich und der Mund stark mit Schaum bedeckt.

2. Der 54 Jahr alte Gasarbeiter K., seit 26 Jahren im Betriebe, verheirathet, Vater von acht Kindern im Alter von 4—28 Jahren, hatte fünf Jahre vor seinem Tode einmal wegen einer Fussquetschung ca. acht Monate Rente bezogen, war aber dann bis zum Unfalltage gesund geblieben, nur soll er im Winter vor seinem Tode nicht mehr so rüstig gewesen sein als früher. Ein Trinker war er nicht. Am 1. Mai 18.. kam er frisch und ohne Klagen vom Nachtdienst wieder. Er trank Kaffee und sagte der Ehefrau, er müsse noch eine Hausleitung nachsehen, die schlecht funktionire. Um 9 Uhr begab er sich in den Hausstand, wo es angeblich in der Gasuhr „gurgelte", schraubte diese ab und machte sich daran zu schaffen. Er blieb bei der Arbeit meist allein, so dass objektiv nicht festgestellt werden konnte, was er gethan. Beim Weggehen, nach Beendigung der Arbeit, merkte die Dame, in deren Behausung er thätig gewesen war, nichts an ihm. Die Arbeit selbst dauerte höchstens 15 Minuten. Mehr als eine Stunde, nachdem er fortgegangen war, kam er zu seiner Frau und erzählte ihr, er habe nach Abschraubung der Gasuhr in das Gasrohr hineingeblasen und dabei habe er Gas „angezogen", d. h. eingeschluckt. Es sei ihm so unwohl geworden, dass er auf der Treppe des Hauses, in welchem er thätig war, noch längere Zeit habe sitzen müssen. Er legte sich zu Bett und wollte schlafen, fiel aber bald in Ohnmacht. Nach einiger Zeit kam er soweit zu sich, dass er über Schwindel und Kopfweh klagen konnte. Er wurde aber nicht ganz klar und „phantasirte". Die Ehefrau, welche glaubte, der Zustand werde sich von selbst bessern, holte erst am folgenden Tage den Arzt, welcher folgenden Krankheitsbericht lieferte:

p. K. war nicht bewusstlos, aber von eingenommenem Sensorium, schwer besinnlich, gab jedoch auf lautes Fragen kurze sinngemässe Antworten. Patient klagte über Kopfweh, besonders im Hinterkopf, Schwindel, Eingenommenheit des Kopfes, über Ohrensausen, Husten und Engigkeit, Uebelkeit und Brechreiz und über Schmerz in der Magen- und Lebergegend. Fieber war nicht vorhanden, Puls 84, Pupillen gleich, reagirten gut. Gesicht aufgedunsen, etwas blass, Zunge nicht belegt. Im Halse nichts Besonderes. In beiden unteren Lungenlappen Katarrh mit kleinblasigem Rasseln. Am Herzen nichts Besonderes. Magen und Unterleib aufgetrieben. Die Untersuchung von Magen und Unterleib sowie auch von Leber und Milz ergab sonst nichts Abnormes. Es bestand grosse Unruhe.

Die Behandlung bestand in warmen Bädern, warmen Einwickelungen, hautreizenden Einreibungen, innerlich in Kalomel, Jodkalium mit Bromnatrium, in Reizmitteln (Wein, Aether). Eis auf den Kopf und

Eispillen zum Schlucken. Am zweiten Tage der gleiche Befund. Am dritten Tage starke Delirien. Zunahme des Lungenkatarrhs. Mangelhaften Urinabgang. Der Urin enthielt reichliche Mengen Eiweiss. Auf Zucker wurde nicht untersucht. Anhaltende Fieberlosigkeit. Behandlung die gleiche. Am vierten Tag gelbe Verfärbung der Haut und des Urins (intensive Gelbsucht). Geringes Fieber (38,5). Puls unregelmässig, aussetzend. Nervöse Zuckungen. Sehr grosse Unruhe, Schlaflosigkeit, starke Delirien. Kopf sehr eingenommen. Leib mehr aufgetrieben. Geringer Urinabgang. Behandlung die gleiche, ausserdem Chambardthee. In den nächstfolgenden Tagen gleichmässige Zunahme sämmtlicher Krankheitserscheinungen, sehr starke Gelbsucht. — Langsamer Puls. Zunahme der Lungenerscheinungen, grosse Uebelkeit. Kopf vollkommen eingenommen. Behandlung: Reizmittel. Am achten Behandlungstage: Bewusstlosigkeit, beginnende Lungen- und Herzlähmung, schliesslich Tod an Lungenlähmung.

Die Leichenöffnung ergab starke gelbsüchtige Verfärbung der Hautdecken, durchbrochen von einzelnen hellrothen Gefässzweigungen, kirschrothe Verfärbung der Muskulatur, Blutüberfüllung in beiden Lungen, fettige Entartung der Leber. Kohlenoxyd war im Blute, welches aus den Lungen entnommen wurde, bei sorgfältiger Untersuchung eines chemischen Hochschulinstitutes nicht mehr verhanden.

Beide Fälle haben Bemerkenswerthes. Hätten die Erkrankten nicht — man kann sagen zufällig — von besonderen Vorkommnissen bei ihren gewohnten Hantirungen gesprochen, auf welche Vermuthungen hätte das Krankheitsbild führen können? Der zweite Fall, bei dem die fehlende Kohlenoxydreaktion im Blute nach vieltägiger Krankheitsdauer allerdings nichts Auffallendes hat, hätte bei völlig im Dunkeln liegender Ursache mindestens die Vermuthung einer kriminellen Phosphorvergiftung erregt und der erste Fall erinnert in dem eigenartigen Bilde und dem Fehlen von erheblichen Bewusstseinsstörungen an die ebenfalls kriminelle Arsenvergiftung. Hier fand sich aber ein sehr wesentliches Symptom, von dem allerdings nur die Ehefrau berichtet. Das erste Erbrochene roch stark nach Gas. Ich zweifle nicht an der Echtheit dieser Angabe, da sie von der Frau kaum künstlich konstruirt sein kann und da es mir nicht unwahrscheinlich scheint, dass Jemand, der ein übles Gas in starker Menge einzuathmen gezwungen ist, auch Schluckbewegungen macht und war eigentlich überrascht, in den gäng und geben Lehrbüchern nichts von diesem Symptom zu finden. Nur bei Lewin*) ist davon die Rede, dass der Harn nach Leuchtgas riechen kann. Es wäre wünschenswerth, wenn in der Praxis bei einschlägigen Fällen auch der Geruch der Excrete notirt würde. Ich finde nur noch in einem meiner Fälle die Bemerkung, dass die Athemluft bei Einleitung der künstlichen Athmung eines innerhalb 10 Minuten nach der Einathmung Verstorbenen stark nach Leuchtgas roch.

Abgesehen von dem bereits Erwähnten ist die klinische und anatomische Ausbeute aus unseren Fällen gering. Es liegt in der Natur der Sache, dass hier, wo man nur mit begründeten Möglichkeiten zu rechnen braucht, sachverständige Aeusserungen, wo solche erfordert werden, meist in kurzen unbegründeten Berichten bestanden, auch selten Leichenöffnungen, etwas häufiger Leichenbeschauungen stattfanden. Wiederholt fehlt bei letzteren am Leichenbefunde, auch bei solchen Personen, die sofort starben, die hellrothe Beschaffenheit der Todtenflecke, auch das Gesicht wird meist als tiefroth oder blauroth bezeichnet.

Auf eine wichtige Frage, welche eigentlich den Ausgangspunkt meiner Ermittelungen bildete, will ich zum Schluss eingehen, nämlich auf die der persönlichen Empfänglichkeit für die Giftwirkung.

Bei den Gasvergiftungen wiederholte sich dieselbe Erfahrung, wie wir sie bei Kohlendunstvergiftungen häufig machen. Von einer Reihe Personen, welche annähernd die gleiche Menge Gas im gleichen Zeitraum eingeathmet haben, sterben die einen und zwar nicht selten rasch, die anderen genesen völlig, ja bisweilen gehen sogar die erst später zum Retten Dazugekommenen zu Grunde, während der anfänglich Verunglückte wieder ins Leben gerufen wird.

Man hat nun eine Reihe von Umständen genannt, welche die individuelle Disposition für die Giftwirkung erhöhen sollen, so z. B. höheres Alter, Trunkneigung, Fettherz.

Keines von diesen Momenten findet sich in unseren Fällen mit erkennbarer Deutlichkeit. Von den 23 Todten standen im Alter von 20 bis 30 Jahren — 3; 30 bis 40 — 7; 40 bis 50 — 6; 50 bis 60 — 7. Fast alle werden als durchaus nüchterne und zuverlässige Arbeiter bezeichnet, welche schon viele Jahre, ja Jahrzehnte im Betriebe beschäftigt waren. Dieser letztere Umstand erscheint mir wichtig. Er erklärt, wie ich bereits angeführt habe, eine gewisse Sorglosigkeit gegenüber der Gefahr, durch Gasvergiftung zu Grunde zu gehen. Es ist aber auch möglich, dass die langjährige Arbeit im Gasbetriebe die Körperbeschaffenheit so beeinflusst, dass sie die Gefahr der einzelnen Angiftung erhöht.

Ich weiss sehr wohl, dass Kohlenoxyd keine sogenannte kumulative Wirkung hat. Es wird sehr rasch, sobald der Erkrankte aus der Giftatmosphäre herausgekommen ist, aus dem Körper wieder ausgeschieden und man hat auch nicht gefunden, dass die dauernde oder häufige Einathmung kleiner Mengen, wie wir sie bei Gasarbeitern als die Regel annehmen können, irgend ein eigenartiger Siechthum oder Kranksein erzeugt. In Arbeiterkreisen, vielleicht auch bei den Fachtechnikern scheint man sogar der Meinung zuzuneigen, als ob man sich an das Einathmen gewöhnen könne und die schädliche Wirkung der Gasausdünstungen bei den daran Gewöhnten geringer würde.

Frägt man sich aber an der Hand wissenschaftlichen Materials, ob die Beschäftigung im Betriebe der Gasanstalten und Gasleitungen die Arbeiter nicht doch eher mürbe macht, als andere Arbeiterkategorien es in ihren Betrieben werden, so ist diese Frage noch nicht gelöst. Hirt[1]) giebt an, dass die Erkrankungshäufigkeit der Gasarbeiter keine hohe sei. Petersen[2]) behauptet für die kopenhagener Gasarbeiter das Gegentheil. Er spricht von Erkrankungen der Respirationsorgane, Magendarmerkrankungen und charakteristischen Schwächezuständen mit Fieber. Kunkel[3]) giebt an, bei Anfragen in Gasfabriken nichts Bestimmtes gehört zu haben.

Eine besondere Stellung in dieser Frage werden aber die Fälle einnehmen, in denen der tödtlichen oder dauernden Schaden bringenden Vergiftung einzelne nicht tödtliche aber mit erheblichen Vergiftungserscheinungen verbundene Angiftungen vorausgegangen sind.

Bei derartigen Fällen ist allerdings die Muthmassung gerechtfertigt, dass Schädigungen der Gewebe und Blutbeschaffenheit zurückgeblieben sind, welche jede neue stärkere Leuchtgasvergiftung gefährlicher machen.

Hier erinnere ich zunächst an den von mir im Beginn dieser Arbeit veröffentlichten Fall des Laternenanzünders, bei welchem allerdings die einzelnen Angiftungen kurz hintereinander folgten, ferner an den ebenfalls hier mitgetheilten, nicht ganz aufgeklärten Fall des Feuermanns H., wo die auf einzelne Leuchtgasangiftungen verdächtigen Erscheinungen Jahre lang sich hinzogen, sich steigerten und bei einer gleichen Einathmungsmöglichkeit, wie er sie schon öfter durchgemacht hatte, schliesslich tödtlich endeten.

Noch lehrreicher erscheint mir ein Fall, welcher von

*) Lehrb. d. Toxicologie. Wien 1897.

[1]) l. c.

[2]) Citirt nach W. Sachs Kohlenoxydvergiftung S. 153.

[3]) Handbuch der Toxikologie. 1899. S. 337.

einem bekannten Kliniker und einem bekannten pathologischen Anatomen in dem von mir berichteten Sinne begutachtet ist.

Der 37 Jahre alte Rohrlegungsarbeiter L. K. war seit 11 Jahren im Betrieb der Gaswerke zu Z. Nachweislich hatte er wiederholt bei Rohrlegungen schon Anfälle gehabt, in welchen sich plötzlich heftige Kopfschmerzen bei ihm einstellten, er schwach wurde und die Arbeit eine Zeit lang aussetzen musste. Am 17. Oktober des Jahres 18.. trat beim Verlegen von Gasrohren, wo eine Gasausströmung wahrscheinlich war, wieder ein solcher Anfall bei ihm ein, welcher mit heftigem Nasenbluten einherging. Er kam in die Univ.-Klinik zu Z. und starb dort am 24. Oktober unter nicht näher geschilderten Erscheinungen an „Blutfleckenkrankheit". Der Sektionsbefund ergab in zahlreichen Organen sehr reichliche, kleine Blutungen, vollkommen ähnlich denen, welche bei Leuchtgasvergiftungen angetroffen werden können.

Ich habe im Anschluss an diesen Fall die Litteratur über Aetiologie der Blutfleckenkrankheit etwas durchmustert. Dieselbe entsteht ja zuweilen als Nachkrankheit von Vergiftungen, doch finde ich das Kohlenoxyd als Ursache einer erheblichen Blutfleckenkrankheit nicht erwähnt, wohl aber können in blutüberfüllten, gedunsenen Hautstellen und wie sie nach Kohlenoxydvergiftung vorkommen, einzelne Gefässzerreissungen stattfinden. Dagegen finde ich Purpura als Nachkrankheit nach Kloakengasvergiftung erwähnt.*)

Ohne irgend ein abschliessendes Urtheil über die angeregte Frage aussprechen zu wollen, meine ich doch, dass die geschilderten Fälle es nothwendig machen, jeden einzelnen Betriebsunfall in der angegebenen Richtung, auch wenn er keine entschädigungspflichtige Folgen hat, genau zu prüfen. Es würde daraus dann die Erwägung entstehen, ob es nicht praktisch wäre, Arbeiter, welche öfter „Anfälle" gehabt haben, dauernd oder zeitweilig vom eigentlichen Gasbetriebe fern zu halten.

Wünschenswerth wäre es auch, wenn die Aerzte der Betriebskrankenkassen von Gasanstalten ihr Augenmerk darauf richteten, ob das langjährige Arbeiten im eigentlichen Gasbetriebe einen Einfluss auf die Körperkonstitution hat und eventuell unter welchen Umständen.

Endlich wäre noch die Frage aufzuwerfen, ob, ausserhalb der Leuchtgasvergiftungen, Unfallerkrankungen, namentliche nervöser Art bei Gasarbeitern ungünstiger verlaufen als in anderen Betrieben. Was ich im Laufe der Jahre davon gesehen habe, spricht nicht dafür. Die Unfallneurastheniker der Gasberufs-Genossenschaft waren meistens beim Kohlentransport beschäftigte Personen, welche erhebliche Körper- und Kopferschütterungen erlitten hatten.

Jedenfalls liegt ein weiteres Eingehen auf die Frage der Schaffung einer individuellen Prädisposition durch den Betrieb selbst ebenso im Interesse der Allgemeinheit wie in dem der Berufsgenossenschaft. Es wäre ja auch möglich, dass der Industrie Zufallserkrankungen aufgebürdet werden, an denen sie unschuldig ist.

Zum Kapitel der entfernten Möglichkeiten bei der Unfallbegutachtung.

Von
Dr. C. Schmalfuss, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in Hannover.

Was den Berufsgenossenschaften oft zugemuthet wird, als Unfallsfolge zu entschädigen, und wie bedenklich es ist, wenn in ärztlichen Gutachten nach entfernten Möglichkeiten eines Zusammenhangs irgend eines bestehenden Leidens oder des erfolgten Todes mit einem stattgehabten Unfall geradezu gesucht wird, mögen folgende zwei Fälle beleuchten.

*) Stillwell, citirt nach Ebstein-Schwalbe, Handbuch d. pr. Medizin. Stuttgart 1900. Bd. II, S. 77.

1. Martha M. aus J. erlitt am 10. Juli 1892 einen Betriebsunfall dadurch, dass sie mit der linken Hand in den eisernen Kamm einer Maschine gerieth und die Hand verletzte. Für die Folgen dieses Unfalls bezieht sie eine Rente von $33^1/_3$%. Im Herbst 1900 stellte sie bei der Berufsgenossenschaft den Antrag, ihr die Kosten für 8 Reisen, die sie zum Arzt zwecks Behandlung eines Magenleidens gemacht habe, zu erstatten. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Bezahlung ab, da das Magenleiden in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall stände. Klägerin hatte nämlich 6 Jahre nach dem Unfall zum ersten Mal über ein Magenleiden geklagt, wollte aber seit dem Unfall an zunehmender Appetitlosigkeit gelitten haben. Ein eventueller, indirekter Zusammenhang dieses Magenleidens mit dem Unfall wurde aber trotzdem in einem Gutachten von Professor N. in M. angenommen. Er sagt: „Martha M. leidet an einer Senkung und geringen Erweiterung des Magens. Erstere ist theilweise als Folge der Abmagerung anzusehen und deshalb indirekt (eventuell) mit dem Unfall in Zusammenhang zu bringen."

Das Schiedsgericht, bei welchem Martha M. Berufung gegen den Entscheid der Berufsgenossenschaft erhoben hatte, schloss sich aber diesem Gutachten nicht an, sondern erkannte auf Abweisung der Klägerin. Der dagegen beim Reichs-Versicherungsamt eingelegte Rekurs wurde als unzulässig zurückgewiesen.

2. Der Hilfsbremser Friedrich K. in A. erlitt am 29. April 1887 einen Betriebsunfall dadurch, dass er überfahren und ihm der linke Fuss derart verletzt wurde, dass eine Amputation des Unterschenkels nothwendig wurde.

Er erhielt eine Rente von 100 Prozent.

Nach den ärztlichen Gutachten aus den späteren Jahren war er ein recht gesund aussehender Mann von gutem Ernährungs- und Kräftezustand. Derselbe hatte nachweislich schon vor dem Unfall gern getrunken, sich aber später dem Trunk immer mehr ergeben. Am 4. Dezember 1900 starb er an Lebercirrhose. Die Hinterbliebenen erhoben Anspruch auf Descendentenrente auf Grund folgenden ärztlichen Gutachtens:

„Friedrich K., 49 Jahre alt, invalider Hilfsbremser aus A. ist am 4. Dez. d. J. in Folge Lebercirrhose gestorben. Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und dem im Jahre 1887 erlittenen Unfall-Zerquetschung des linken Fusses mit nachfolgender Amputation des Unterschenkels besteht nicht. Einen mittelbaren Zusammenhang kann man insofern annehmen, als die im Amputationsstumpf auftretenden Schmerzen zu Alkoholmissbrauch, zu chronischem Alkoholismus führten, welch letzterer wieder die Lebercirrhose verursachte.

H., d. 29. Dez. 1900. Dr. N., prakt. Arzt."

Die Zahlung der Descendentenrente wurde abgelehnt, da der Tod nicht als Unfallsfolge angesehen wurde. Die dagegen erhobene Berufung wurde vom Schiedsgericht verworfen. —

Wenn ein derartiger indirekter Zusammenhang wie im ersten Fall anerkannt würde, so eröffneten sich für die Berufsgenossenschaften prächtige Aussichten. Wenn dann z. B. ein Rentenempfänger, der in Folge eines erlittenen Unfalles noch körperlich geschwächt ist, auf der Strasse fällt und ein Bein bricht, so würde er auch hierfür entschädigt werden müssen, da man dann folgern könnte, wenn er in Folge des ersten Unfalls nicht so geschwächt gewesen wäre, so würde er wahrscheinlich nicht gefallen sein, folglich ist der neue Unfall indirekt (eventuell) als Folge des alten Unfalls anzusehen. Da die Berufsgenossenschaften aber nicht entschädigungspflichtig sind, wenn es sich um entfernte Möglichkeiten des Zusammenhangs eines vorhandenen Leidens oder des erfolgten Todes mit dem erlittenen Unfall handelt, sondern nur dann, wenn wenigstens mit Wahrscheinlichkeit der

Zusammenhang nachgewiesen wird, so wird mit derartigen gutachtlichen Aeusserungen Niemandem genützt. Vor Allem liegen dieselben auch nicht im Interesse der Verletzten selber oder deren Hinterbliebenen, da diese gewöhnlich die von einem Arzt bescheinigte entfernte Möglichkeit als einen Beweis für die Berechtigung ihrer Forderung ansehen. Wenn ihnen vom Artz von vornherein gesagt wird, ein Zusammenhang lässt sich nicht beweisen, eure Forderung ist unberechtigt, so beruhigen sie sich. Im anderen Falle glauben sie schliesslich selbst so fest an die Berechtigung ihrer Ansprüche, dass sie der Ueberzeugung sind, dass ihnen mit der Ablehnung derselben das grösste Unrecht geschehen ist.

Und schliesslich leidet auch die Werthschätzung der ärztlichen Gutachten bei den Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten; dem Nichtarzt erscheint schon von vornherein ein derartig gesuchter Zusammenhang unverständlich; dazu kommt dann, dass der Vertrauensarzt sich in der unangenehmen Lage befindet, sich gegen die vorliegenden ärztlichen Gutachten entschieden aussprechen zu müssen.

Referate.

Allgemeines.

Ueber die Bedeutung der Zähne in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

Von Prof. Wachholz und Privatdozent Lepkewski.
(Przeglad Lekarski. Wratsch, 1901, No. 28).

Es ist durch anthropologische Untersuchungen festgestellt, dass Kiefer und Zähne bei verschiedenen Menschenrassen verschieden sind, und dass die Kiefer desto kleiner sind, je fortgeschrittener die geistige Entwickelung der betreffenden Rasse ist. Bei inferioren Rassen sind die Eckzähne und Schneidezähne, sowie auch die Backenzähne stark entwickelt, wobei die letzteren in der Richtung vom ersten zum letzten an Grösse allmählich zunehmen, während bei höheren Rassen die Backenzähne Neigung zum Verschwinden zeigen und in der Richtung vom ersten zum letzten an Grösse allmählich abnehmen. Auch nach den künstlichen Entstellungen der Zähne kann man die Rasse erkennen. Solche Entstellungen fügen sich die inferioren Rassen als Verschönerung bezw. Trauerabzeichen zu. Die betreffenden Manipulationen bestehen in Abbrechen der Ränder oder der Kronen der Schneidezähne (Afrika), im Ausreissen der Schneidezähne (Afrika und Australien), in Abfeilen der Schneide- und Eckzähne mittels einer Feile oder eines Steines (Malayischer Archipel), in Einfassung von Edelsteinen oder Metallstücken in die Schneide- und Eckzähne (Malayischer Archipel), in Verrenkung der oberen Schneidezähne nach vorn (Senegal) und schliesslich im Tragen künstlich gefärbter Zähne. Die Firma Ash in London verfertigt künstliche schwarze Zähne für die Syngalesen und türkisblaue Zähne für die Chinesen.

Das Geschlecht nach den Zähnen festzustellen, ist fast unmöglich, da es zwischen den Zähnen der Männer und Frauen nur äusserst geringfügige Unterschiede giebt. Die Kiefer des Mannes sind relativ stärker entwickelt und an ihrer Oberfläche rauher als die der Frau; die aufsteigenden Aeste des Unterkiefers sind beim Manne mehr senkrecht als bei der Frau. Die Bestimmung des Alters nach den Zähnen (die Unterscheidung der Milchzähne von den permanenten) ist in gerichtlich-medizinischer Beziehung von grosser Bedeutung. Die permanenten Zähne werden mit der Zeit ungleichmässig abgerieben, was von verschiedenen Verhältnissen, darunter auch von der Qualität der Nahrung abhängt. Bei alten Leuten, die noch Zähne haben, kann man vollständiges Abreiben der Ränder und eines Theiles der Krone der Schneidezähne sehen. Manchmal beobachtet man im Greisenalter eine dritte und auch vierte Durchschneidung von Zähnen, die entweder bereits im Kindesalter existirt haben und im Greisenalter nur daher erschienen sind, weil die benachbarten Zähne ihnen einen Weg gebahnt haben oder aber sich im späteren Lebensalter gebildet haben.

Krankhafte Veränderungen der Zähne sind bisweilen von künstlich hervorgerufenen schwer zu unterscheiden. Die am häufigsten auftretende Zahnkrankheit, die Zahnkaries, ist in gerichtlich-medizinischer Beziehung insofern von Bedeutung, als der kariöse Zahn brüchiger ist als ein normaler. Die keilförmigen Defekte, welche hauptsächlich den Hals des Zahnes betreffen, kommen gewöhnlich nach dem 30. Lebensjahre vor, während sie im früheren Lebensalter selten sind. Diese Defekte kann man nur mit professionellen Affektionen der Zähne bei Arbeitern der Glasfabriken oder bei Musikern, die Blasinstrumente spielen, verwechseln; bei letzteren wird jedoch der Schmelz des Halses und nicht der Hals selbst affizirt. Ausserdem sind die bei Musikern auftretenden Defekte flach und nicht keilförmig. Bei regelrechter Stellung der Zähne, d. h. wenn die oberen Schneide- und Eckzähne vor denselben Zähnen des Unterkiefers zu stehen kommen, werden die Zähne seltener abgenutzt. Bei jungen Individuen kommt diese Abnutzung durch Abreibung des Schmelzes und des Dentins zum Ausdruck. Bei alten Leuten wird nicht nur die kompakte Substanz des Zahnes, sondern auch die weiche Substanz, wie auch die Zahnalveolen und Kiefer affizirt. Das Dentin ist bei denselben auffallender pigmentirt als bei jungen Individuen. Der Schmelz erscheint gleichsam gesprungen, die Wurzeln durchsichtiger, das Cement uneben.

Die professionellen Erkrankungen der Zähne sind stets traumatischer Natur. Bei Schustern, die Fäden mit den Zähnen spannen, erinnern die mittleren Schneidezähne an Hutchinson'sche Zähne. Die Tabakpfeife bezw. das Zigarrenmundstück bewirken eine Abnutzung der Zahnränder am häufigsten zwischen dem rechten unteren Eckzahn und dem ersten kleinen Backenzahn nebst ensprechender Abnutzung des Randes des Oberkiefers. Ferner erleiden die Zähne eine Veränderung unter dem Einflusse von Säuren, die in der Mundhöhle selbst in Folge von Gährung gebildet bezw. mit der Nahrung eingenommen werden, wobei anorganische Säuren den Schmelz stärker schädigen, als organische. Von den organischen Säuren bildet sich in der Mundhöhle selbst die Milchsäure als Folge von durch Bakterien bewirkter Gährung. Die Milchsäure führt zur Bildung von milchsaurem Calcium, das Zahnkaries verursacht.

Eine gerichtlich-medizinische Bedeutung kommt der Salzsäure zu, die von Kurpfuschern nicht selten zur Reinigung der Zähne verordnet wird; in der That werden die Zähne weiss und rein, jedoch wird die Schmelzoberfläche nach häufiger Anwendung der Salzsäure rauh und uneben, mit der Zeit wird der Zahn schlecht und verfällt unrettbar der Karies. Allgemein bekannt sind die Zahnkrankheiten, welche durch Quecksilber hervorgerufen werden, und zwar nicht nur bei Patienten, die damit behandelt werden, sondern auch bei Leuten, die, wie Photographen, Goldschmiede, Vergolder, Hutmacher, mit Quecksilber zu thun haben. Chronische Bleivergiftung ruft Schwarzwerden des Zahnfleisches und der Zahnkronen hervor. Früher wurde Blei als Füllmaterial für defekte Zähne verwendet, woher noch die Namen „Plombe“ bezw. „Plombiren“ stammen. Gegenwärtig wird dieses Metall wegen seiner giftigen Eigenschaften zum Füllen der Zähne nicht mehr verwendet. Kupfer, mit dem Kesselschmiede, Bronze-

arbeiter etc. zu thun haben, bewirkt das Auftreten eines grünen Saumes am Zahnfleisch und eines grünlichen Belags auf den Zähnen. Da der sich auf den Zähnen ablagernde Weinstein dieselbe Farbe hat, so kann nur eine chemische Untersuchung die Natur des Zahnbelags feststellen. Das Arsen wird sowohl in der Industrie, wie in der Medizin häufig angewendet. Man gebraucht dasselbe in Teigform zum Abtöten der Pulpa. Es sind Fälle von Arsenvergiftung vorgekommen, die durch Verschlucken des mit Arsenteig durchtränkten Wattekügelchens entstanden sind. Wismuth ruft Auflockerung des Zahnfleisches hervor und bewirkt das Auftreten von grünlichen Flecken am Zahnfleische, sowie ein Lockerwerden der Zähne. Das Tabakrauchen bezw. -Kauen bewirkt eine charakteristische dunkle Bronze-Verfärbung der vorderen Zähne, wobei das Zahnfleisch etwas geröthet erscheint. Diese Verfärbung nehmen übrigens nicht die Zähne selbst, sondern hauptsächlich der sich auf den Zähnen ablagernde Weinstein an, welch letzterer sich aus dem Speichel bildet. Cigaretten schwärzen die Zähne weniger als Cigarren, jedoch giebt das Fehlen geschwärzter Zähne noch nicht den Beweis dafür, dass die betreffende Person nicht raucht, da die Ansammlung von Niederschlag, der sich beim Rauchen bildet, auf den Zähnen von der Glattheit des Schmelzes und von der mehr oder minder sorgfältigen Reinhaltung der Zähne abhängt. Jedenfalls kann man bei genauer Besichtigung im Gebiete des Zahnhalses und in den Zwischenräumen zwischen den Zähnen einen Anflug von Schwärze finden.

Künstliche Zähne zeigen dieselben Veränderungen. Von den Nahrungmitteln wirken auf die Zähne ungünstig das Mehl und der Zucker, und zwar in Folge des Auftretens von Milch- und Buttersäure in der Mundhöhle. Erkrankungen der Zähne werden auch bei allgemeinen Erkrankungen angetroffen, z. B. bei Syphilis, Infektionskrankheiten, Tuberkulose, Rückenmarksschwindsucht und Erkrankungen des Blutes. Allgemein bekannt ist das häufige Auftreten von Zahnkaries bei schwangeren Frauen. Bekanntlich bieten die Zähne gewisse Degenerationszeichen bei Geisteskrankheiten, Verbrechern, Prostituirten, Idioten etc. Als physiologische Eigenthümlichkeiten der Zähne kommen in Betracht: ungewöhnliche Färbung derselben, ausserordentliche Grösse, Länge oder Breite etc.; als pathologisch angeborene Defekte in der Stellung der Zähne: verwachsene, übermässig entwickelte, in der Entwickelung zurückgebliebene, versprengte Zähne, wie z. B. das Vorhandensein eines kleinen Backenzahnes zwischen einem Eck- und Schneidezahn u. s. w.

Um die Einwirkung einer hohen Temperatur auf natürliche und künstliche Zähne, sowie auf verschiedene Füllungen zu studiren, legten die Autoren dieselben Leichenköpfen in die Mundhöhle und verbrannten die Köpfe im Ofen. Die natürlichen Zähne, wie auch die Zahnveolen verkohlten dabei, während Gold und Platin unverändert blieben. Von Guttapercha- und Amalgamfüllungen blieb keine Spur zurück. Cementfüllungen änderten dabei nur ihre Farbe, behielten aber ihre Form und Konsistenz. Diese Befunde bezüglich der Einwirkung einer hohen Temperatur auf Zähne haben eine wichtige gerichtlich-medizinische Bedeutung, da man nach den erhalten gebliebenen Zähnen nicht selten die Persönlichkeit des Toten feststellen kann, wie es z. B. bei dem schrecklichen Brande in Paris im Jahre 1897 der Fall war. Wie Knochen überhaupt, so verwesen auch Zähne langsam, was durch zoopaleontologische Untersuchungen bestätigt wird. Um den Einfluss der Fäulniss auf natürliche und künstliche, gesunde und gefüllte Zähne zu prüfen, legten die Autoren die zu prüfenden Zähne in eine faulende Bauchhöhle und liessen sie in derselben vier Monate lang liegen. Die Emaille der natürlichen Zähne blieb dabei glatt und glänzend; die Jenkin'schen Porzellan-Füllungen, ferner Goldfüllungen und künstliche Zähne erfuhren dabei gar keine Veränderungen. Witzel'sche Amalgamfüllungen bekamen das Aussehen von Messing, die Nickelbrücke wurde schwarz, desgleichen wurden die Herwart'schen Cementfüllungen schwarz, während auf den Guttapercha-Füllungen ein aus verfaulten Stoffen bestehender Belag gefunden wurde. Die Wurzeln sämmtlicher Zähne mit Metallfüllungen erwiesen sich als schmutzig-roth in Folge Infiltration mit von den faulenden Därmen herrührendem Pigment, während die Wurzeln von Zähnen mit Guttapercha-, Porzellan- und Cementfüllungen dunkelgrau waren.

Lb.

Ueber den Zustand des Blutkreislaufes im Gehirn bei durch mechanische Behinderung der Athmung hervorgerufener Erstickung.

Von Dr. Orleanski.

(Wratsch 1901, No. 32.)

Aus den experimentellen Untersuchungen des Verf. geht Folgendes hervor: Der Druck der cerebralen Flüssigkeit steigt bei mechanischer Behinderung der Athmung, was auf gesteigerte Blutüberfüllung des Gehirns hinweist. Der Widerstand, den die Hirngefässe dem Blutstrom entgegenstellen, sinkt, und gleichzeitig steigert sich der Abfluss des venösen Blutes vom Gehirn. Sowohl das eine, wie das andere weist auf eine Ueberfüllung der Gehirnarterien mit Blut hin. Uebrigens entstehen in manchen Fällen unter dem Einflusse gesteigerter Athembewegungen und der dadurch hervorgerufenen Steigerung des Druckes innerhalb des Brustkorbes Bedingungen, die den Abfluss des venösen Blutes aus der Schädelhöhle erschweren, so dass neben der arteriellen auch eine venöse Ueberfüllung des Gehirns zu Stande kommt. Bei manchen Experimenten konnte man zu Beginn der Erstickung Erhöhung des Widerstandes in den Gehirngefässen, d. h. Verengerung derselben beobachten; jedoch ist diese Erscheinung nicht konstant und vorübergehend.

Der Puls wird während der Erstickung verlangsamt. Die Exkursionen der Pulskurve werden dagegen grösser. Sowohl das eine, wie das andere hängt mit der Reizung der centralen Kerne der Nervi vagi im verlängerten Mark ab, da nach Ausschneidung dieser Nerven diese Veränderungen nicht eintreten. Der allgemeine Blutdruck steigt bedeutend, was nach vorheriger Durchneidung des Rückenmarks nicht auftritt, woraus man schliessen kann, dass die Steigerung des Blutdrucks, die bei Erstickung auftritt, auf Rechnung des vasomotorischen Centrums im verlängerten Mark zurückzuführen ist. Dieselben Erscheinungen werden beim Ertränken und Erwürgen des Thieres mittels Schlinge beobachtet.

Lb.

Die Nasenathmung der Soldaten und ihre Prüfung.

Von Stabsarzt Dr. Glatzel-Berlin.

(Deutsche mil.-ärztl. Zeitschr. 1901, Heft 7.)

Nach einer kurzen Darstellung der schädlichen Folgen der Mundathmung weist G. auf die Nothwendigkeit hin, bei jedem Soldaten die Nase, und zwar nach ihrer „funktionellen" Seite hin, will sagen: auf ihre Luftdurchlässigkeit hin zu untersuchen. Er bespricht dann die bisher üblichen Methoden dieser Untersuchung, um dann ein von ihm angegebenes Instrument und seine Anwendung zu empfehlen. Es ist dies ein aus Metallpapier hergestellter Spiegel, auf den man den zu Untersuchenden bei geschlossenem Munde ausathmen lässt; die Grösse der dabei auf dem kalten Spiegel entstehenden Hauchflecke und die schnellere oder langsamere Art ihres Verschwindens sollen dann Aufschluss über die Durchgängigkeit der beiden Nasenhälften geben. Das Verfahren, zuerst von Zwaardemaker in

Utrecht angegeben, ist so einfach, dass es auch von dem Hilfspersonal (Lazarethgehilfen, Wärtern) ausgeführt werden kann.

In der That ist diese „Spiegelprobe" — besser würde man sie zur Unterscheidung von anderen Spiegeluntersuchungen Hauchprobe nennen — ein brauchbares diagnostisches Hilfsmittel; natürlich wird man, wenn die Probe auf eine Nasenstenose hingewiesen hat, die direkte Untersuchung mittels Reflektor und Nasensperrer nicht unterlassen dürfen. Dass die Probe auch einmal irre führen kann, nämlich wenn bei grosser, weiter Choane ein Hinderniss in der Nase ganz vorn sitzt, so dass der in die Nasenhälfte einmal von hinten her eingetretene Luftstrom durch die enge Stelle hindurchgepresst und dann weithin gewissermassen gespritzt wird und einen grossen Hauchfleck hervorruft, wäre vielleicht zu erwähnen gewesen.

Die zunächst vom militärärztlichen Standpunkte gegebene Darstellung ist in vieler Hinsicht natürlich auch für den Civilkranken giltig, und die Arbeit ist daher für jeden Arzt, besonders auch für den ärztlichen Attestaussteller lesenswerth; die Einfachheit der Anwendung des Spiegels macht ihn gerade für den Nichtspezialisten werthvoll. Richard Müller.

Chirurgie.

Ueber Klavierspielerkrankheit in der chirurgischen Praxis.

Von Prof. Dr. J. Zabludowsky-Berlin.
(Langenbeck's Archiv. Bd. 62, Heft II, XXI.)

Die Klavierspielerkrankheit beginnt nach Verfassers Ansicht als Folge abnormer Spreizung und Bewegung der Finger als akute traumatische Entzündung an Fingern oder Gelenken der Hand mit Hitze, Schwellung und Schmerzhaftigkeit durch Muskel- und Gelenkzerrungen oder Ergüsse in Gelenke und Sehnenscheiden, namentlich bei grazilen und für die Weite der Klaviatur zu kleinen Händen jugendlicher Personen im Gegensatz zu der central bedingten Schreiber- oder Violinspielerkrankheit. Die Neigung zu Rezidiven, mangelnde Schonung lassen die Klavierspielerkrankheit subakut und chronisch werden, so dass die Entzündung in traumatisirten Muskeln, Gelenken etc. auf benachbarte Nerven und eventuell weiter auf die grösseren Nervenstämme übergehen kann. Eine solche Neuritis kann auch an anderen als den Ausgangsstellen Schmerzen, Gefühlsstörungen oder Paresen eines oder mehrerer Muskeln machen, je nach der anatomischen Beschaffenheit. Auch Ganglien an Sehnenscheiden und Periostitiden sah Verfasser als Folge fortschreitender Entzündung. Die Erscheinungen wie beim schnellenden Finger führt Z. auf psychomotorische Störungen zurück. An den Fingern übermässiger Klavierspieler sah Verfasser Form-Veränderungen: viereckige Nagelglieder und bei unverhältnissmässiger Ernährung Atrophien, ja Ernährungsstörungen am ganzen Körper eventuell mit Fieber- und intensiven Krankheitserscheinungen.

Bezüglich der Verhütung der Klavierspielerkrankheit fordert Verfasser Klaviere mit schmaler Klaviatur für Kinder- und in Entwickelung begriffene Hände: „Jugendklaviere", so dass sich die Hand, nicht schon im Anfang unverhältnissmässig angestrengt, gedeihlich entwickeln und an die später zu gebrauchenden jetzt üblichen Klaviaturen gewöhnen kann.

Die Behandlung ist die allgemein chirurgische: in frischen schweren Fällen Ruhigstellung und Suspension in der Mitella, eventuell später ganz reizlose Massage, in subakuten: Massage und Druckverbände, in chronischen energische Pétrissage und Massage à friction und Bewegungsübungen in den Nachbargelenken. Ueberhaupt je näher der Höhepunkt des Prozesses, um so gelinder die Massage und umgekehrt. Bei ausgedehnteren Erkrankungen der Hände und Arme centripetale Durchknetung. Bewegungsübungen empfiehlt Verfasser für die verschont gebliebenen Nachbargelenke. Bei den schweren Krampf- und Lähmungs-Formen will er energische Massage und Bewegungen der ganzen Extremität. Regulirung der Arbeitszeit bei Wiederaufnahme der Beschäftigung durchaus nöthig.

Krause-Berlin.

Zur traumatischen Entstehung der Knochentuberkulose der Gliedmassen.

Von A. Kirchner-Mühlheim a. Ruhr.
(Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1901. 5.)

Verfasser konnte bei einem Soldaten eine Infektion mit Tuberkelbazillen mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine 2½ Jahr zurückliegende Verletzung (Stich mit Kupferspan, Eiterung) zurückführen. Es handelte sich um eine Caries des Grundgliedes der 3. Zehe und des benachbarten Mittelfussknochenköpfchens. P. Stolper-Breslau.

Ueber spontane, nichttraumatische Fraktur der Rippen bei tuberkulösen und skrophulösen Individuen.

Von Dr. Chelmonski.
(Gazeta lekarska, 1901, No. 21.)

Verf. hat im Ganzen 13 einschlägige Fälle beobachtet und zwar 8 bei tuberkulösen und 5 bei skrophulösen Individuen. Die Fraktur erfolgte ohne jegliche Einwirkung eines Traumas spontan, und zwar im Anschluss an eine einfache Muskelzusammenziehung. Die Fraktur betraf gewöhnlich die unteren Rippen, von der 7. Rippe gerechnet. Bei den tuberkulösen Individuen kam es stets zum Bruch nur einer Rippe, bei den Skrophulösen brachen zugleich mehrere Rippen. In sämmtlichen Fällen war die nächste veranlassende Ursache des Vorfalles Husten, der durchaus nicht immer besonders stark war. Der Krankheitsverlauf war ein günstiger: unter Ruhe und Anlegung eines Verbandes auf den Brustkorb verschwanden die Schmerzen innerhalb 2—3 Wochen, und an der Bruchstelle bildete sich eine schmerzlose Knochenschwiele. Nur in einem Falle, der einen 30jährigen Schwindsüchtigen betrifft, stellte sich im Anschluss an die Rippenfraktur Bluthusten ein, der einige Tage anhielt. Das Zustandekommen dieser Brüche dürfte auf Osteoporosis, bedingt durch das Grundleiden, zurückzuführen sein. Lb.

Verlagerung der neunten Rippe.

Von S. G. Harrison.
(The British Medical Journal 13. July 1901.)

Eine junge Frau war damit beschäftigt, ein schweres Bild an der Wand aufzuhängen, dabei glitt ihr dasselbe aus den Händen und stürzte mit seiner ganzen Schwere auf ihren linken Arm. Sie fühlte sofort Schmerzen in der linken Seite. Schon am nächsten Tage war die linke Seite geschwollen. Auf Einreibungen und Ruhelage ging die Schwellung zwar zurück, der Schmerz aber nahm derartig zu, dass sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste. Bei der Untersuchung fand man etwas Schwellung und Spannung in der linken Seite und bei tiefem Athmen trat heftiger Schmerz auf. Die neunte Rippe hatte sich aus ihrer Verbindung mit der achten, dort wo sie durch Knorpel in Zusammenhang steht, losgelöst. Diese Verletzung gehört sicher zu den seltenen, zumal sie durch indirekte Gewalt zu Stande kam.

Franz Meyer-Berlin.

Bemerkungen über Skiagraphie und Knochenbrüche; besonders in gerichtsärztlicher Beziehung.

Von C. H. Golding-Bird.
(The British Medical Journal 8. June 1901.)

In der vorliegenden ausführlicheren Abhandlung warnt der Autor vor Irrthümern und Missdeutungen, welche durch

die Röntgenbilder und ihre Erklärung entstehen können. In der Hand von Ungeübten sollen sie häufiger vorkommen als man bis dahin angenommen hat. Dies erscheint von besonderer Wichtigkeit in Bezug auf die gerichtliche Medizin. Gerade hier sollte man nur ganz Erfahrenen die Beurtheilung eines Bildes überlassen.

Die Irrthümer, welche möglich sind, theilt er in verschiedene Klassen:

a) Das Bild kann einen Bruch vortäuschen, wo keiner ist.

b) Es besteht die Möglichkeit, einen vorhandenen Bruch zu übersehen.

c) Es ist möglich, einen Bruch als noch bestehend anzunehmen, wo seine Vereinigung bereits besteht.

d) Durch die Divergenz der X-Strahlen, ferner durch Verkürzung kann eine Verzerrung resp. Verdrehung des Bildes Stande kommen.

Die einzelnen Abschnitte sind durch mehrere Beispiele ausführlicher illustrirt. Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Bruch eines Sesambeins an der grossen Zehe.

Von Dr. Schunke, Ass.-A. a. d., Heilanstalt d. Prof. Thiem-Cottbus.
(Monatsschr. f. Unf. 1901. No. 8.)

Ein schweres Stück hartgefrorener Thon fiel einem Arbeiter mit der Kante auf den rechten Fussrücken. Nach sechs Wochen etwa ist der Fussrücken noch stark angeschwollen, das Köpfchen des ersten Mittelfussknochens ist auf der Unterseite sehr druckempfindlich. Das Röntgenbild ergiebt eine Zersprengung des inneren Sesambeins mit Verlagerung des oberen Bruchstücks in der Richtung auf die Ferse zu.

Die Behandlung, bestehend in Massage, Elektrizität und Wärmeanwendung, war erfolgreich.

Warum kommt die „Fussgeschwulst" beim Militär am meisten vor.

Von Sleeswijk-Alkmaar.
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1900. II.)

Im Gegensatz zu Kirchner und Stechow, welche die Ursache des häufigeren Vorkommens von Mittelfussfrakturen bei Soldaten in ermüdenden Märschen bei schwerer Bepackung suchen, nimmt Sleeswigk an, dass das festsohlige Schuhwerk des Soldaten und das Gehen mit durchgedrückten Knien zu dieser eigenartigen Verletzung zusammenwirken. Der Civilist vermeide sie, indem er biegsameres Schuhwerk trägt und mehr mit krummen Knien geht. P. Stolper-Breslau.

Innere Medizin.

Ueber die Rotzkrankheit beim Menschen.

Von Dr. Georg Strube-Bremen.
(Langenbeck's Archiv, Bd. 62, Heft II, XVII.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung ist 1812 durch Lorin und Schilling der Zusammenhang zwischen Menschen- und Thierrotz zuerst erkannt, durch Virchow ca. 1850 das pathologisch-anatomische Verhalten geklärt und von Löffler und Schütze 1882 die Aetiologie aufgedeckt. Die Ansteckung soll bei geringer Empfänglichkeit des Menschen für das Gift durch eine Zusammenhangstrennung der Haut oder Schleimhaut erfolgen, selten auch durch Haarbälge, doch wohl nie durch den Respirations- oder Digestionstractus, letzteres im Gegensatz zu Thieren. Die Ansteckungsmöglichkeit von den Geschlechtsorganen aus und durch den Mutterkuchen ist erwiesen. Die Bazillen wachsen nicht mehr unter 20° C. und gehen beim Eintrocknen in einigen Wochen zu Grunde. — Der Rotz kann gutartig, örtlich begrenzt auftreten mit Knötchen- und Infiltratbildung bei Neigung zum Zerfall und eitriger Einschmelzung je nach der Giftigkeit der Bazillen oder als Allgemeininfektion durch das Blut nach lokaler Thrombenbildung in den Herden analog der Pyämie meist mit tödtlichem Ausgang. Der lokale Rotz kann langsam in die Umgebung fortschreiten, chronischer Haut-, seltener Nasenrotz. Diese Form macht bisweilen unter Störung des Allgemeinbefindens, dem Lupus ähnlichen Zerfall der Knötchen und Infiltrate, Pusteln und Geschwüre, Abscesse und Phlegmonen, kann ausheilen, aber auch durch ausgedehnte phlegmonöse Zerstörungen und Allgemeininfektion zum Tode führen. Der ungünstige Nasenrotz mit Katarrh und geschwüriger Entzündung kann leicht auf Rachen- und Mundschleimhaut, ja auf die Lungen fortschreiten und tödtlich werden. Die pyämische Form, ganz im Bilde des Abdominaltyphus, jedoch ohne Lymphdrüsenschwellung, beginnt acut oder schliesst sich an chronische Formen an und ist prognostisch abhängig von der Individualität und Widerstandsfähigkeit des Befallenen wie von der Virulenz des Agens, die auch die Inkubationsdauer (2—3 Wochen oder 2—3 Tage) bestimmt. Mischinfektionen sind bakteriologisch nachgewiesen und prognostisch ungünstig. Der chronische Rotz kann sich, leicht fieberhaft, ohne typische Symptome mit wechselndem und von der Bildung neuer Herde abhängigem Befinden Jahre lang hinziehen und dann noch ausheilen.

Reinkultur und Impfung können die Diagnose sichern. Rotzsekret, Meerschweinchen in die Bauchhöhle gespritzt, soll Hodenentzündung mit Knötchenbildung, Zerfall und Allgemeininfektion machen. Serodiagnostik in Form der Agglutination giebt unsichere Resultate. Bakterientoxine in Wasser und Glycerin (Malleïn) sollen nach Meinung mancher Thierärzte bei Thieren Temperatursteigerungen bis 2° C. bringen.

Therapeutisch wünscht Verf. die Ausschneidung des ersten begrenzten Herdes und die übliche, chirurgische Behandlung bei Geschwüren, Pusteln, Abscessen etc. Bei Allgemeinfektion empfehlen viele Inunktionskuren.

Wichtiger ist noch die Prophylaxe und das sanitätspolizeiliche Einschreiten gegen Ausbreitung der Viehseuche: Aufklärung des Publikums und der Landwirthe, Tödtung rotzverdächtiger Thiere, Stallsperre, Desinfektion der infizirten Lokalitäten und Gegenstände, Anzeigepflicht bei Rotzerkrankungen von Mensch und Thier, thierärztliche Kontrole der Schlächter und Abdecker, Sanitätspolizeiliches Ueberwachen des Zuzugs von Vieh aus dem Auslande, umherziehender Thierbestände und periodische Desinfektion von Herbergsställen.

Krausse-Berlin.

Erythema multiforme und Impfung.

Von Normann Walker.
(The British Medical-Journal, 18. Mai 1901.)

In fünf Fällen wurde die Beobachtung gemacht, dass bald nach dem Impfen ein eigenthümlicher Hautausschlag sich einstellte. Besonders in einem Fall war dieser Ausschlag sehr charakteristisch und zeigte das typische Bild von Erythema iris. Die Impfung hatte in diesem Falle vier Wochen vorher stattgefunden, und merkwürdiger Weise war der Schorf an der Impfstelle noch feucht und war umgeben von einer leicht erhabenen gerötheten Hautpartie, die denselben Charakter zeigte wie die übrigen betroffenen Stellen des Körpers. In den andern Fällen war die Affektion der Haut nicht so charakteristisch, aber jedenfalls der eben beschriebenen ähnlich und verwandt. Die Erkrankten waren ausnahmslos mit Lymphe geimpft, welche mit Glycerin versetzt war. Die Haut war an den Händen, im Gesicht und auch an anderen Theilen des Körpers manchmal betroffen, und zur selben Zeit zeigte die Impfstelle eine neue frische Reaktion, in drei Fällen fiel der Schorf ab und frische Bläschen entwickelten sich, als ob der Betreffende noch einmal geimpft worden sei. Der Hautausschlag war ohne ernste Bedeutung und verschwand nach wenigen Tagen. Aehnliche

Affektionen sind öfters beschrieben worden. Einer der Autoren hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Hautveränderungen an denjenigen Stellen aufzutreten pflegen, welche der Selbstinfektion am Meisten ausgesetzt sind. Die Ursache ist wahrscheinlich toxischer Art und die Verbreitung findet auf dem Blutwege statt. Die Krankheit hat am Meisten Aehnlichkeit mit derjenigen, welche mit dem Namen Erythema multiforme benannt ist. Franz Meyer-Berlin.

Fall von Lepra-Ansteckung durch eine Wunde.

Von W. Loudon-Strain (Brasil).
(The Brit. Med. Journal, 14. Sept.)

Eine 54 Jahre alte Wittwe war im Samaritano-Hospital in Sao Paolo in Brasilien wegen Brustkrebs operirt worden. Die Wunde verheilte ganz gut, nur eine kleine Stelle derselben eiterte längere Zeit und machte es nothwendig, dass die Patientin nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause mehrere Monate hindurch zum Verbandwechsel häufiger noch das Krankhaus aufsuchen musste. Ungefähr 6 Monate nach der Operation bemerkte man in der Gegend der Narbe kleine Knötchen und warzenartige kleine Gebilde, bald auch roth verfärbte Schwellungen im Gesicht, mehr oder weniger symmetrisch angeordnet, die heftiges Brennen hervorriefen; ähnliche Flecken bildeten sich an Armen und Beinen. Die meisten derselben waren vollständig oder theilweise anästhetisch, auch sonst fanden sich jetzt an den Beinen ausgedehnte, anästhetische Bezirke. An der Stelle der Operationswunde, welche durch Granulation zur Verheilung gekommen war, hatte sich ein ebensolcher tiefrother Fleck wie im Gesicht entwickelt. Nach Aussage der Kranken soll an dieser Stelle die Krankheit ihren Anfang genommen und sich dann erst auf Gesicht und Glieder ausgebreitet haben. Nach Ansicht mehrerer Aerzte konnte an der Diagnose der Lepra und zwar an einer ganz akuten Infektion dieser Krankheit nicht gezweifelt werden. Nachträglich wurde bekannt, dass diese Kranke mit ihrem 18jährigen Sohne zusammenlebte, welcher seit drei Jahren an Lepra litt, und zwar an einer Art der Krankheit, welche aus der tuberösen und anästhetischen Form gemischt ist. Durch die Operationswunde an derjenigen Stelle, wo die Heilung verzögert wurde, hat die Infektion offenbar stattgefunden. Es ist dies ein seltener Fall, wo der Weg der Infektion mit einiger Sicherheit verfolgt werden kann. Franz Meyer-Berlin.

Neurologie.

Ein Beitrag zur Aetiologie der multiplen Sklerose.

Von Irma Klausner.
(Arch. f. Psych. Bd. 34 H. 3.)

Als Ursachen der Entwickelung multipler Sklerose des Hirns und Rückenmarks werden angegeben: Infektionskrankheiten, Verletzungen, Vergiftungen und ererbte bezw. angeborene Anlage.

Verf. hat das Material der Hitzig'schen Klinik aus den 15 letzten Jahren daraufhin geprüft, welche von den genannten Momenten sich in den einschlägigen Fällen ermitteln liessen. Die Arbeit stützt sich auf 126 Fälle, 78 bei Männern, 48 bei Frauen.

31 Kranke gaben nervöse Familienbelastung an. Davon wussten 2 von einem ähnlichen Leiden in der Familie, 2 andre von „Zittern" bei Verwandten zu erzählen, 5 Mal bestand die Belastung in Trunksucht des Vaters.

Eine persönliche Veranlagung anzunehmen, lag in 23 Fällen nahe. 1 Mal schien sogar die Krankheit angeboren zu sein, ein anderes Mal war dies weniger wahrscheinlich, aber möglich. Meist handelt es sich um vage Zeichen einer Schwäche des Organismus (Schwächlichkeit, Nervosität in der Kindheit).

Was die akuten Infektionskrankheiten betrifft, so hatte sich das Leiden 8 Mal an solche (Influenza, Lungenentzündung, Gelenkrheumatismus, Thränensackeiterung) angeschlossen. Typhus, der in Halle häufig ist, wurde nur 3 Mal in ziemlich weit zurückliegenden Jahren, Lues auch nur 3 Mal angegeben. Ziemlich schwer verwerthbar sind die Angaben von 11 weiteren Kranken, die innerhalb von 10 Jahren vor Ausbruch des Nervenleidens infektionskrank gewesen sein sollen.

Unter Vergiftungen spielt der Trunk die Hauptrolle. 14 Mal wird er verzeichnet, 4 Mal andre, meist gewerbliche Giftwirkungen.

Eine recht erhebliche Rolle spielen in dieser Statistik die Verletzungen. 26 Mal sollen sie dem Ausbruch des Leidens vorausgegangen sein. Dabei sind allerdings Entbindungen und seelische Aufregungen mit zugerechnet. Unter den 26 sind 11, bei denen eine andre Ursache als die körperliche Verletzung nicht aufzufinden war, bei 3 anderen spielt eine gleiche Rolle eine seelische Erschütterung, bei den Uebrigen können neben der Verletzung noch die früher genannten schädlichen Momente gewirkt haben. Rechnet man die Entbindungen und die seelischen Erschütterungen ab, so bleiben eigentlich nur 11 Verletzungen von sehr ungleicher Art übrig: Einfache Stürze, sogar ohne Gehirnerschütterung; Schlag auf den Kopf; Verschüttung mit Knochenbrüchen; Verletzung eines Auges durch einen Holzsplitter; Einbrechen auf dem Eise ohne unmittelbare Folgen. Aufgeführt wird noch in 8 weiteren Fällen Verschlimmerung der Krankheit nach Traumen.

Ueberanstrengung wurde 9 Mal, Erkältung 13 Mal angegeben.

Das Schlussergebniss ist insofern ein negatives, als für die Erkenntniss einer einheitlichen Aetiologie des Nervenleidens nichts gewonnen ist. Sicher falsch ist die Theorie von P. Marie, wonach die multiple Sklerose nur nach akuten Infektionskrankheiten entstehen soll. Ist sie infektiösen Ursprungs, so kann sie nur selbst eine eigenartige chronische Infektionskrankheit darstellen. Sonst bleibt nur übrig, eine bisher ihrem Wesen nach unbekannte besondere Veranlagung des Nervensystems anzunehmen, neben der es einer Gelegenheitsursache, die verschiedener Art sein darf, bedarf, um die Krankheit auszulösen.

Zur Kenntniss der Bedeutung des Traumas als ätiologisches Moment der Entstehung infektiöser Cerebralerkrankungen.

Von Ernst Ehrnrooth.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XX. Heft 1 und 2.)

Da der allgemeinen Ansicht nach infektiöse Krankheiten im Organismus auf traumatischem Wege entstehen können, ohne dass durch die Verletzung eine direkte Eingangspforte für die Bakterien geschaffen zu werden braucht, so wäre von vornherein eine ähnliche Beziehung zwischen Trauma und infektiösen Cerebralkrankheiten nicht von der Hand zu weisen. Für die Gehirntuberkulose giebt man eine derartige Möglichkeit zu, leugnet sie aber vielfach für andere Prozesse oder konzedirt nur die rein theoretische Möglichkeit. Dann geht man davon aus, dass durch das Trauma Gefässverletzungen, Blutungen, Hyperämien, Stauungen im Venen- und Lymphgefässsystem gesetzt werden und so durch nekrobiotische Prozesse ein locus minoris resistentiae im Gehirn geschaffen werden kann.

Verfasser berichtet über zwei einschlägige Fälle. Nach einem Schlag auf den Schädel, der keine Spur äusserer Ver-

letzung hinterlässt, entwickelt sich einmal neben einer Hirnblutung eine eitrige Meningitis, dann ein Hirnabscess und ausgebreitete purulente Meningitis. In dem letzteren Falle, den Verfasser genauer wiedergiebt und bespricht, nimmt er an, dass durch das Trauma Läsionen in der Hirnrinde entstanden sind, nur dass in diesen die aus einem Suppurationsprozess am Schenkel stammenden Streptokokken haften geblieben sind, sich vermehrten und zur Abscedirung führten. Das Trauma hat somit die Entstehung des Hirnabscesses gefördert.

Verfasser berichtet noch kurz über Experimente, die er angestellt hat. Kaninchen, denen er die Bakterien intravenös einverleibte, klopfte er auf den Kopf, bis sie Symptome von Cerebralreiz zeigten; es wurden nur Thiere mit intakter Haut verwandt. Auch diese Experimente zeigten, dass Stoss oder Schlag auf den Kopf infektiöse Cerebralerkrankungen zu Stande kommen liessen, ohne dass eine Läsion der Haut oder Schleimhaut vorlag. Ernst Schultze.

Gehirnabscess als Folge einer Schussverletzung mit doppelseitigem Verlust des peripheren Sehens.

Von Alfred W. Sanders.
(The Lancet, 31. August 1901.)

Ein Soldat war bei Helvetia durch einen Flintenschuss in den Hinterkopf verletzt worden. Nach seiner Erzählung und nach den Angaben eines Kameraden war er unmittelbar nach der Verwundung blind. Auf dem Transport nach dem Krankenhause verlor er das Bewusstsein und sein Befinden soll sich auch sonst verschlechtert haben. 10 Tage nach der erlittenen Verletzung war er nach Pretoria in das General-Hospital überführt worden. Bei der ersten Untersuchung lag er mit ausgestreckten Gliedern im Bett, mit geschlossenen Augen und mit tiefer Athmung. Als man ihn weckte, war er lärmend und ausfallend. Es bestand Fieber, in der rechten Hinterhauptgegend fand sich eine Wunde von etwa 2 Zoll Länge, welche eiterte. Es bestand keine deutliche Lähmung; die Pupillen waren gleich und reagirten auf Lichteinfall.

Die Wunde der Kopfhaut wurde erweitert und ein grösseres Loch im Schädel wahrgenommen. Nach der Gestalt der Oeffnung konnte man schliessen, dass die Kugel in den Schädel eingedrungen und sofort aus der Schädelhöhle wieder herausgetreten war, indem sie alle auf diesem Wege befindlichen Knochentheile zersplitterte. Der Knochenrand war abgesplittert und mehrere Theile davon lagen frei in der Wunde. In die Oeffnung hinein ragte ein Theil des Gehirns, der nicht pulsirte. Beim Entfernen eines Knochenstückchens floss ein Tropfen Eiter aus. Nachdem man sich durch eine Probepunktion über den Eiterherd im Gehirn vergewissert hatte, wurde die kleine Oeffnung mit dem Messer erweitert und dabei im Ganzen etwa 16 cbcm Eiter und Stückchen abgebröckelter Hirntheilchen herausbefördert. Die Wundhöhle, die keine Knochensplitter mehr enthielt, wurde ausgespült und drainirt; sie hatte ihren Sitz ungefähr $2^1/_2$ Zoll oberhalb des äusseren Hinterhaupthöckers und $1^1/_2$ Zoll rechts von der Mittellinie.

Am Tag nach dieser Operation war der Kranke vernünftiger, und von jetzt ab machte die Intelligenz täglich Fortschritte. Das Fieber sank allmählich zur Norm herunter, der Puls war von Anfang an verlangsamt. Nur die Sehkraft war und blieb sehr geschwächt, 3 Tage nach der Operation war er nur im Stande, die Gestalt der Krankenschwester zu erkennen und die Farbe ihres Kleides wahrzunehmen. Die oberflächliche Prüfung der Gesichtsfelder zeigte eine Woche später eine beträchtliche Einengung. Nach 4 Wochen war die Wunde so weit geheilt, dass der Kranke aufstehen konnte. So gut es ging, wurde die Sehprüfung wiederholt und an beiden Augen ein gleichmässig stark eingeengtes Gesichtsfeld festgestellt. Dasselbe ging über den Fixationspunkt in jeder Richtung nur um wenige Grade hinaus. Die Sehkraft war also beiderseits sehr vermindert.

Trotz der einseitigen Verletzung finden wir eine gleichmässige Verschlechterung beider Augen. Verletzt war die Hirnrinde, und zwar der vordere Theil des Hinterhauptlappens, die weisse Substanz des Hinterhauptlappens und weiterhin der hintere Theil des Seitenwandlappens (Lobus parietalis) bis in die Nähe des Seitenventrikels. Der Autor bespricht im Weiteren einige Theorien der Lokalisation und kommt dabei auf die Ansicht von Gowers, welcher behauptet, dass in jedem Sehcentrum des Hinterhauptlappens beide Augen repräsentirt werden und zwar hauptsächlich das gegenüberliegende Auge. Durch den hier beschriebenen Fall ist diese Ansicht theilweise bestätigt. Da auf der linken Kopfseite keinerlei Verletzung nachweisbar war, und der Abscess scharf begrenzt war, so darf man den Schluss ziehen, dass bei den Menschen die Netzhaut beiderseits bis zu einem gewissen Grade von der einen Seite des Gehirns innervirt wird. Die Theorie, welche annimmt, dass im Gyrus angularis derjenige Theil der Hirnrinde liegt, von dem die Sehkraft abhängt, erhält eine neue Stütze.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Abscess des Rückenmarks nebst retrobulbärer Neuritis.

Von J. Silfvart.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XX. Heft 1 und 2.)

Im Verlaufe von zwei bis drei Tagen bei einem angeblich gesunden Menschen vollständige beiderseitige Erblindung mit hochgradigen spontanen Schmerzen in der Stirngegend und den Augenhöhlen, welche bei Augenbewegungen zunahmen. Ophthalmoskopisch vermehrte Füllung der Netzhautvenen und geringfügige Hyperämie der Papillen; daher retrobulbäre Neuritis wahrscheinlich. Zwei Wochen später bei Gleichbleiben der Erblindung plötzlich Parese des linken Beins; nach zwei Tagen ein dem Brown-Séquard'schen Symptomenkomplex ähnlicher Befund: Parese des linken Beins mit erhöhten Sehnenreflexen und Hyperästhesie, sensible Lähmung des rechten Beins. Nach weiteren zwei Tagen Paraplegie der unteren Körperhälfte, Paresen der oberen Extremitäten. Temperatursteigerung bis 39,9°. Zunehmende Schwäche. Exitus.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose (abscessus medullae spinalis) wurde durch den Sektionsbefund (eitriger Zerfall der zentralen Partie des Rückenmarks vom vierten Cervical- bis zu den obersten Dorsalsegmenten) bestätigt. Die retrobulbäre Neuritis und der Abscess sind auf eine gemeinschaftliche Ursache zurückzuführen; die Eitererreger stammen wahrscheinlich aus einem Hohlraum der rechten Lunge mit käsigeitrigem Inhalt; man muss annehmen, dass von dort auf hämatogenem embolischen Wege die Mikroorganismen zu den affizirten Organen transportirt wurden. Ernst Schultze.

Zur Klinik der angiosklerotischen paroxysmalen Myasthenie („Claudication intermittente" Charcot's) und der sogenannten spontanen Gangrän.

Von M. Higier.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 19. Heft 5 u. 6.)

Verf. schlägt für den Symptomenkomplex, welchen Charcot „Claudication intermittente", welchen Erb angiosklerotische intermittirende Dysbasie nannte, die Bezeichnung angiosklerotische paroxysmale Myasthenie vor, welche hinsichtlich der klinischen Erscheinungen, der anatomischen Lokalisation und der pathologischen Erscheinungen weniger präjudizire als die bisher üblichen Benennungen. Das charakteristische für das Leiden ist eben eine krankhafte (mit Schmerzen einher-

gehende) Ermüdbarkeit eines bestimmten Muskelgebietes, die anfallsweise auftritt und durch lokale Gefässläsionen, sowohl der Arterien wie der Venen, bedingt ist.

Verf. hat nicht weniger als 18 typische Fälle dieses relativ seltenen Leidens untersuchen können. Davon betrafen 17 Juden, und das erklärt z. Theil das verhältnissmässig häufige Vorkommen in russisch Polen und den litthauischen Provinzen. Auch andernorts ist das Prävaliren des semitischen Elements aufgefallen. Ob das durch eine frühzeitige Angioskierose bei dem physisch und psychisch enorm überanstrengten jüdischen Proletariat oder durch die neuropathische Anlage bedingt ist, lässt Verf. unentschieden.

Das männliche Geschlecht überwiegt bei weitem (16 Männer, 2 Frauen). Das Alter, in dem das Leiden einsetzt, ist weit entfernt von dem Alter der senilen Endarteriitis und der arteriosklerotischen Altersgangrän. Der Syphilis, die doch am häufigsten zur frühzeitigen Arteriosklerose führt, kommt eine nur sehr untergeordnete Rolle zu. Diabetes fand sich nur 1 mal, jahrelang getriebenes Potatorium 4 mal, übermässiges Rauchen 6 mal, angeborene Enge des Gefässsystems 2 mal, neuropathische Diathese 10 mal, Belastung mit Psychosen oder Neurosen 4 mal, Blutsverwandtschaft der Eltern 3 mal, Erkältungsschädlichkeiten 2 mal, Ueberanstrengung der Beine 11 mal. Diese agents provocateurs traten meist gehäuft auf. Die Störung lokalisirt sich am häufigsten in den Beinen, nicht selten symmetrisch. Verf. unterscheidet dreierlei Arten von Schmerzen: 1. krampfartige, dumpfe Schmerzen, ähnlich denen der Ischias, meist in der Wade, seltener im Oberschenkel, regelmässig bei Anstrengungen auftretend, bei Ruhe schwindend; 2. stechender, bohrender Schmerz, ähnlich dem bei Erythromelalgie oder Raynaud'scher Krankheit, in der Ruhe, meist im warmen Bett auftretend, in den Zehen lokalisirt, bei mässiger Bewegung der Beine nachlassend; 3. nur in den vorgeschrittensten Stadien auftretend, sowohl bei Bewegung wie in der Ruhe, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Panaritien oder Gangrän. Mehrere Male waren Schmerzen der ersten und der zweiten Art bei einem Kranken vorhanden.

Zweimal entwickelte sich im Laufe der Krankheit Epilepsie. Bei 4 Fällen, wo Abwesenheit oder Schwäche des Pulses in allen Extremitäten vorlag, sah Verf. im Stadium der den Ausbruch der Gangrän einleitenden Schmerzen anfallsweise diffuse Kopfschmerzen, intensiven Schwindel mit Schlaflosigkeit und nächtlichen Hallucinationen, Verschlechterung des Allgemeinbefindens, rapides Sinken des Körpergewichts. 7 mal erlebte Verf. Geschwüre oder Gangrän.

Die Diagnose ist meist leicht, wenn man die Klagen der Kranken über Kriebeln und Kälte der Füsse, die Farbe der Zehen, die Temperatur des Fusses, den Fusspuls etc. berücksichtigt. Schwierigkeiten bereiten Fälle, die neben bestehender Gefässobliteration oder paroxysmaler Myasthenie das typische Bild der Erythromelalgie oder der Raynaud'schen Krankheit bieten.

Mit Recht weist Verfasser auf die praktische Wichtigkeit einer frühen Diagnosestellung bei Invaliditäts- und Lebensversicherungen hin, sowie besonders bei Unfallverletzten und Militärpflichtigen, wo jede periodisch oder paroxysmal auftretende Motilitätsstörung (Hinken) gern als Simulation betrachtet zu werden pflegt. Er berichtet von einem Fall, wo der Militärarzt den Rekruten im Verdacht hatte, die sehr schwer heilende Fussphlegmone absichtlich zu verunreinigen, um länger im Lazareth verbleiben zu können.

Die Prognose ist trübe, nicht gerade infaust. Von Belang ist, dass die paroxysmale Myasthenie ein gar nicht seltener Vorläufer der Gangrän, der fälschlicherweise sog. „spontanen Gangrän" ist, welche durch rechtzeitige und passende Behandlung nicht selten abgewendet werden kann. Hierfür kommen in Betracht: vollkommenes Ruhigliegen und Vermeiden aller sonstigen Schädlichkeiten wie Massage, Kaltwasserkuren, Alkohol, Tabak, thermische Schädlichkeiten, geistige Ueberanstrengung. Gute Erfolge sah er einmal von einer systematischen Jodkur, in einem anderen Falle von Galvanisation. In manchen Fällen versagen alle Mittel gegenüber der Dysbasie und den Schmerzen. Amputation uud Exartikulation bleiben als letztes Refugium übrig bei Gangrän und ausnahmsweise bei allzu intensiven Schmerzen. Ernst Schultze.

Ueber intermittirendes Hinken — Claudication intermittente (Charcot) — als Symptom von Arteriosklerose.

Von Jarl Hogelstam.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. XX. Heft 1 und 2.)

Sieben vom Verfasser mitgetheilten Krankengeschichten folgen epikritische Bemerkungen. Verfasser betont, dass man neben den lokalen Gefässalterationen auch sonstige mehr oder weniger ausgeprägte Symptome von Störungen der Kreislauforgane antrifft. Oft findet sich eine unzweifelhafte, zur Arteriosklerose disponirende Diathese; in fünf seiner Fälle starben die Väter an Schlaganfall. Neben der obliterirenden Gefässentzündung kommt auch Verkalkung der Gefässe in Betracht, und dass gerade an den unteren Extremitäten sich der Symptomenkomplex besonders häufig findet, wird verständlich durch die Thoma'sche Beobachtung, dass die diffuse Arteriosklerose vorzugsweise häufig in den Extremitäten sei, und hier um so häufiger und um so stärker, je mehr man sich vom Herzen entferne. Die Arterienobliteration erklärt aber nicht alle Syptome wie z. B. gewisse vasomotorische und trophische Störungen; man muss daneben noch an ein nervöses Moment denken, zumal man ausgebreitete degenerative Veränderungen innerhalb des betreffenden Nervengebietes gefunden hat. Verfasser denkt an eine cardiopathische Diathese, auf deren Grundlage sich die nervösen Störungen sekundär entwickeln.

Verfasser hebt hervor, dass unter sämmtlichen in der Literatur erwähnten typischen Fällen nur einmal ein weibliches Individuum gefunden wurde. Viele Beobachtungen stammen aus Russland, Polen und den baltischen Provinzen. Auch Verfasser fand mehrfach in der Vorgeschichte seiner Patienten Tabakmissbrauch, dem Erb eine grosse Bedeutung in ätiologischer Hinsicht beimisst. Ernst Schultze.

Vergiftungen.

Akute Bleivergiftung bei Frauen als Folge des Gebrauchs von Diachylon als Abortivum.

Von W. Wrangham.

(The British Medical Journal 13 July 1901.)

Die Anwendung von Blei in Form der Diachylonpillen zur Herbeiführung des Aborts und die dadurch entstandenen schweren Vergiftungen sind mehrfach beachtet und beschrieben worden. Wrangham hat im vorliegenden Artikel 5 neue Fälle veröffentlicht, welche schwere und interessante Symptome der Bleivergiftung darboten.

In allen 5 Fällen war hauptsächlich das Nervensystem betroffen, ebenso fanden sich aber auch Störungen des Verdauungsapparates mit Bleikolik. Auch die Augen waren in Mitleidenschaft gezogen, denn nicht weniger als 4 der Erkrankten litten an Entzündung des Sehnerven und Lähmung der Augenmuskel. 2 Fälle zeigten Krampferscheinungen, schwere seelische Störungen und Störungen des Bewusstseins. Was die Augenmuskellähmung betrifft, so scheint es, als ob der 6. Hirnnerv für Blei besonders empfindlich wäre.

Ein Fall bot ganz das Bild einer akuten multiplen Neuritis, wobei nicht nur die Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes ergriffen wurden, sondern auch des Zwerchfells und die Athmungsmuskulatur. Es ist auffallend, dass trotz der grossen Mengen Blei, die hier geschluckt wurden, mehrere Wochen vergingen, ehe die schweren Symptome sich zeigten. Als das Blei dann entzogen wurde, blieben sie bestehen, oder nahmen sogar theilweise an Stärke noch zu. Der Autor empfiehlt auf das dringendste, nicht nur diejenigen Bleivergiftungen zur öffentlichen Kenntniss zu bringen, welche durch die berufliche Beschäftigung zu Stande kommen, wie das in England gesetzliche Pflicht ist, sondern alle vorkommenden Fälle solcher Vergiftungen, damit die Mütter und die Kinder, die, wenn sie überhaupt lebend zur Welt kommen, in Folge der Bleiwirkung bald zu Grunde zu gehen pflegen, vor so traurigem Schicksal bewahrt bleiben.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Bleivergiftung von einer Brandwunde aus.

Von Dr. Bettmann-Leipzig.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. 1901. No. 7.)

Einem Schriftgiesser spritzte geschmolzenes Blei, welches zum Giessen von Typen bestimmt war, auf beide Arme, so dass er eine grössere Anzahl von Brandwunden erhielt. Binnen drei Wochen schienen die Verletzungen annähernd geheilt. Plötzlich klagte der Verletzte über heftige ausstrahlende Schmerzen im Rücken und konnte sich nicht mehr auf den Beinen halten, er sah fahl und verfallen aus und fieberte etwas. In den nächsten acht Wochen traten in den Rücken- und Beinmuskeln Lähmungen auf, und es stellten sich Vertaubungsgefühle in den Füssen ein.

Verf. bekam den Kranken erst zu Gesicht, als er schon bedeutend gebessert war. Immerhin bestand noch eine Schwäche der Arme und eine Gefühlsstörung an den Füssen. B. nimmt an, dass es sich um die einmalige Aufnahme einer grösseren Bleimenge von den Brandwunden aus gehandelt hat. Dieselben ergaben zusammen eine ziemlich grosse aufsaugende Fläche, auf der das Blei auch lange genug geruht habe, um in genügender Menge in den Körper aufgenommen zu werden. Nach dem, was wir sonst über Bleiwirkungen wissen, sei es nicht überraschend, dass die Krankheitserscheinungen erst lange nach der Aufnahme des Giftes zum Vorschein gekommen sind.

B. verkennt freilich nicht, dass man auch an ein blos zufälliges Zusammentreffen von chronischer Bleivergiftung, die ja bei Schriftsetzern nicht selten ist, mit den Unfallfolgen denken könnte. Doch hält er eine solche Annahme für gezwungen, denn es handelte sich um einen bisher stets gesunden Mann. Unseres Erachtens liegt es recht nahe, einen vermittelnden Standpunkt einzunehmen, indem man sagt, die einmalige Bleiaufnahme bei der Verbrennung wurde dadurch verhängnissvoll, dass sie ein bereits chronisch mit Blei angegiftetes Individuum traf.

Ueber durch einen verborgenen Balkenbrand verursachte Kohlendunstvergiftung.

Von Kreisarzt und San.-Rath Dr. Picht-Nienburg a. W.

(Zeitschr. f. Mediz.-Beamte. 1901. No. 13.)

Ein in einem kleinen, niedersächsischen Bauernhause wohnendes Ehepaar wurde eines Morgens schwer krank aufgefunden. Die Frau war stark benommen, der Mann bewusstlos, das $1\frac{1}{2}$jährige Kind merkwürdigerweise völlig frisch. Die Krankheitserscheinungen wiesen auf Kohlenoxyd-Vergiftung hin, eine Blutuntersuchung war aus äusseren Gründen nicht ausführbar.

Zunächst lenkte sich die Aufmerksamkeit auf eine niedrig brennende Petroleumlampe, die in dem Schlafraum gestanden hatte. Aber die Erkrankten selbst gaben später an, dass sie schon den Tag über einen säuerlichen Geruch, ähnlich wie den von schwarzer Tinte im Zimmer wahrgenommen hätten, und die Ehefrau hätte schon den ganzen Tag leichte Kopfschmerzen gehabt.

Der Kreisarzt vermuthete danach einen verborgenen Balkenbrand, am wahrscheinlichsten in der Nähe der Feuerungsanlage. Thatsächlich fand sich eine etwa handgrosse Stelle der Wand, die dem Schornstein eines eingemauerten Kessels entsprach, auffallend heiss und als ein grosser Holzsessel abgerückt wurde, entdeckte man ein wallnussgrosses Loch von der Stube zur Küche, in dessen Tiefe ein angebrannter Balken schwälte. Durch dieses Loch wurde die kalte Küchenluft und mit ihr der Rauch nach der Wohnstube angesogen, das Loch war aber nach der bestimmten Angabe der Frau einige Tage vorher beim Aufräumen noch nicht vorhanden gewesen und wirklich lag auf dem Boden davor ein grosses Stück Kalkbewurf, das offenbar kürzlich erst herausgefallen war.

Es lag also eine Kohlenoxydvergiftung vor, von welcher am meisten der der Ausströmungsstelle zunächst liegende Ehemann und am wenigsten das verhältnissmässig entfernt und in der Nähe des Fensters liegende Kind betroffen wurde.

Bromoformvergiftung.

Von F. W. Burton-Fanning.

(The British Medical Journal, 18. Mai 1901.)

Ein 9 Jahre altes Kind litt seit 3 Wochen an leichtem Stickhusten und wurde mit einer Mixtur von Bromoform behandelt. Während dieser Behandlung erkrankte dasselbe plötzlich mit Schwindel, so dass es beim Aufsetzen im Bette bald nach der einen bald nach der andern Seite hinfiel. Kurze Zeit darauf kollabirte das Kind, der Vater desselben fand, dass es bewusstlos und pulslos war mit langsamer Athmung und engen Pupillen. Das Gesicht zeigte Todtenblässe, das Kind schien sterbend. Der Athem roch stark nach Bromoform. Die Arznei war in der vorgeschriebenen Weise eingenommen worden, doch bestand die zuletzt genommene Dosis in dem Rest des Flascheninhalts, Es trat heftiges Erbrechen auf und ärztlicherseits wurde darauf nichts weiter verabreicht als mehrmalige subkutane Strychnin-Injektionen. Nach zwei Stunden erwachte das Kind, hatte nur noch das Gefühl von Dumpfsein im Kopfe, Schmerzen im Leibe, die nach nochmaligem Erbrechen verschwanden.

Es ist kein Zweifel, dass die Vergiftung durch den in der Flasche befindlichen Rest zu Stande gekommen war. Zusatz von Wasser in irgend einer Form, auch Zusatz von Syrup oder Mucilago veranlasst, dass das Bromoform sofort oder nach einiger Zeit sich niederschlägt. Bei solcher Verordnungsweise ist es zweckmässig, den letzten Rest stets zu beseitigen. Solche Vergiftungsfälle sind mehrfach beschrieben. Am Besten dürften solche Vergiftungen zu vermeiden sein, wenn man das reine Bromoform tropfenweise verabreicht.

Franz Meyer-Berlin.

Nikotinvergiftung von einem selbsteingeführten Tabakzäpfchen.

Von Frank A. Gill.

(The British Medical Journal 22. June 1901.)

Ein alter Mann wurde in gesundem Zustande in das Gefängniss zu Liverpool aufgenommen. Vier Stunden nach seiner Aufnahme fand man ihn in Kollapszustande mit Erbrechen und einer Lähmung der beiden Beine. Die Ursache seines Zustandes war folgende: Nachdem er bei der Aufnahme untersucht worden war, steckte ihm ein Mitgefangener eine Unze

geschnittenen Tabaks zu, der im Gefängniss verboten ist und der vor den untersuchenden Polizeioffizieren verborgen werden sollte. Der Gefangene wickelte den Tabak in ein Stück Papier und steckte ihn sich gewaltsam in das Rektum. Auf diese Weise brachte er den Tabak in seine Zelle. Als er darauf den Versuch machte, den Tabak wieder herauszuholen, misslang es, und nach zwei bis drei Stunden fühlte er sich krank und zusehends ging es ihm schlechter. Nach einem Klystier und Einnehmen von Reizmitteln ging der Anfall ohne weiteren Schaden vorüber. Franz Meyer-Berlin.

Augen.

Meine Erfahrungen mit dem Sideroskop seit Einführung der elektrischen Strassenbahn in Düsseldorf.

Von Dr. Eduard Asmus-Düsseldorf.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde 1901. S. 423—430.)

Seit Einführung der elektrischen Strassenbahn kann Verf. an seinem Sideroskop nur noch zur Nachtzeit, wenn der elektrische Betrieb ruht, Fernrohrbeobachtungen anstellen. Er weist daher darauf hin, dass in $^5/_6$ aller Fälle Eisensplitter im Augapfel sich am Sideroskop durch makroskopische Betrachtung, ohne Spiegelablesung nachweisen lassen. Die grosse Mehrzahl der Splitter sitzt nämlich vorn resp. an dem durch Drehung zugänglichen Theil des Auges. Für die Beobachtung gelten folgende Regeln. Das Auge wird kokainisirt und der Eisensplitter durch vorsichtige Annäherung an einen kräftigen Elektromagneten magnetisch gemacht. Der Patient sitzt auf einem Klavierstuhl, der so hoch geschraubt ist, dass das Auge genau in der Höhe der Magnetnadel steht. Der Untersuchende fasst den Kopf des Kranken und legt das Auge mit den verschiedenen Quadranten möglichst seitlich an die Glashülsen an. Zur Beruhigung der Nadelschwingungen empfehlen sich Axenfeld'sche Kupferdämpfer. Tritt die Ablenkung in einem ganzen Quadranten ein, so ist zur Lokalisation eine Dämpfungsnadel anzuwenden. Erfolgt keine maximale Ablenkung, so dreht man den Apparat um seine vertikale Axe in der Weise, dass die Magnetnadel derjenigen Glashülsenseite näher steht, an der der Patient sich befindet. Erzielt man auch jetzt bei feiner Einstellung keine maximale Ablenkung, so muss man bei Nacht mit dem Fernrohr untersuchen. Groenouw.

Ueber Zugkraftversuche an Augenmagneten.

Von W. Volkmann.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1901. S. 417—423.)

Unter Hinweis auf die Untersuchungen über Augenmagnete von Türk (siehe diese Zeitung No. 10 S. 209) macht Verfasser darauf aufmerksam, dass die Form des Eisensplitters von Einfluss auf die Stärke der Kraft ist, mit welcher er vom Magneten angezogen wird. Vergleichbare Ergebnisse über die Wirkung verschiedener Magnete lassen sich daher nur mit Splittern gleicher Dimensionsverhältnisse erzielen. Türk fand, dass die Zugkraft des Magneten ganz beträchtlich zunimmt, sobald sich ihm der Splitter nähert. Durch dieses übermässige Anwachsen der Kraft während der Extraktion des Splitters kann das Auge sehr gefährdet werden. Besitzt der Magnet einen spitzen Ansatz, so tritt dieser Uebelstand stärker hervor, als bei einem cylindrischen Ansatz. Verf. findet die Erklärung hierfür in dem Verlauf der Kraftlinien in dem magnetischen Felde. Man kann diese Kraftlinie darstellen, wenn man ein Blatt Papier ausspannt und Eisenfeilspäne darauf streut, welche sich dann entsprechend den Kraftlinien ordnen. Die Kraftlinien verlassen den Eisenkörper rechtwinklig zur Grenzfläche und verlaufen demnach bei einem spitzen Ansatz des Magneten stark divergent. Die Zugkraft eines Magneten hängt nun u. A. von der Aenderung der „Feldintensität", nicht von der Feldintensität selbst ab, sie wird daher in der Nähe der Spitze, an welcher die Kraftlinien stark gespreizt sind, sehr erheblich sein. Aber dieser hohe Werth der Zugkraft nimmt schon in geringer Entfernung vom Magneten beträchtlich ab, da sich die Kraftlinien dort bereits so sehr im Raume zerstreut haben, dass die Kraftliniendichte sehr gering geworden ist. Verf. hofft, dass es möglich sein wird, durch geeignete Konstruktion des Ansatzes eine zweckmässige Vertheilung der Zugkraft zu erreichen. Groenouw.

Hygiene.

Der Kaffee und seine Ersatzmittel.

Hygienische Studie.

Von Nicolai.

(Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. XXXIII, S. 24.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung, an die sich ein Ueberblick über die Naturgeschichte und Verbreitung des Kaffees anschliesst, erörtert der Verf. in ausführlicher Weise und zum Theil an der Hand eigner Versuche die Chemie des Kaffees und seine physiologische Wirkung. Verf. kommt zu dem Schluss, dass sich der Kaffeegenuss nur für nervenstarke, ruhige und kräftige, nicht aber für reizbare, nervenschwache und wenig widerstandsfähige Personen eignet. Gelehrte, Künstler und Angehörige ähnlicher Berufsarten sollten sich namentlich während der Arbeit des Kaffees gänzlich enthalten, ebenso Leute mit leicht erregbarem, sanguinischem oder cholerischem Temperament und krankhaft gesteigerter Reizbarkeit. Von besonderer Bedeutung ist der Einfluss des Kaffeeaufgusses auf Herz- und Blutdruck, wie an einer Reihe sphygnographischer Kurven erläutert wird.

Nach einer längeren Versuchsreihe ist es dem Verf. gelungen, einen Rohkaffee herzustellen, der keine Spur von Koffëin, aber alle andern Stoffe des Kaffees in unveränderter Form und ohne jede Beimischung eines fremden Zusatzes enthält, über dessen Herstellung der Verf. an anderer Stelle berichten wird. Aus diesen Versuchen, die bisher nur in beschränkter Zahl angestellt werden konnten, ergiebt sich, dass der Aufguss des koffëinfreien Kaffees alle guten und wünschenswerthen Eigenschaften des natürlichen Kaffees besitzt, namentlich die gelinde Anregung des Nervensystems, Aufhebung des morgendlichen Gefühls von Schlaffheit und Nüchternheit, während alle unangenehmen Nachwirkungnn des Bohnenkaffees. wie Verf. auch an sich selbst feststellen konnte, vollkommen fehlen.

Weiter bespricht der Verf. die hygienische und soziale Bedeutung des Kaffees und den Ersatz des Kaffees in eingehender Weise. „Der Kaffee, Thee, Wein u. s. w. sind eben und wollen nichts anders sein, als Genussmittel. Wie aber jeder Genuss aufhört, ein solcher zu sein, sobald er zur Gewohnheit wird, und wie auch jeder andere Genuss nicht Jedem bekömmlich ist, Manchem hingegen zur Erfrischung und Labung dient, so auch der Kaffee."

Als Ersatz für den Kaffee können nur solche Aufgüsse empfohlen werden, die kein Koffëin enthalten und vollständig an die Stelle des Kaffees zu treten geeignet sind. Dahin gehört in erster Linie eine gute Morgensuppe (Mehlsuppe) oder der Genuss des Getreidekaffees, unter dessen verschiedenen Sorten der Gerstenmalzkaffee und speziell der Malzkaffee der Firma Kathreiner an erster Stelle genannt zu werden verdient. Hinsichtlich der Surrogate empfiehlt der Verf., dass zerkleinerte Erzeugnisse, die der Käufer auf ihre Zusammensetzung nicht prüfen kann, auf der Packung eine Bezeichnung

des Inhalts tragen sollen, aus der jeder Käufer mit Leichtigkeit die Zusammensetzung erkennen kann.

Den Schluss der lehrreichen Abhandlung bildet ein kurzer Hinweis auf die Bedeutung der Süssmittel.

Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

18. Hauptversammlung des Preussischen Medizinal-Beamten-Vereins

am 13. und 14. September 1901.

Die zahlreich besuchte Versammlung wurde von dem Vorsitzenden Geh.-Rath Rapmund-Minden mit dem Hinweis darauf begrüsst, dass das Jahr 1901 noch mehr als das Jahr 1899 einen Merkstein in der Geschichte des preussischen Medizinalwesens bedeute. Habe das Kreisarztgesetz den ersten Schritt in der Medizialreform bedeutet, so gebe die Dienstanweisung dem Medizinalbeamten einen sicheren Anhaltspunkt für die richtige Auffassung seiner Rechte und Pflichten. Die Medizinalbeamten wüssten für diese Regelung ihrer Stellung der Regierung nicht weniger Dank als für die Aufbesserung ihrer finanziellen Verhältnisse.

Der Vorsitzende gedachte dann noch derjenigen Mitglieder, welche aus dem aktiven Staatsdienst, meist aber nicht gleichzeitig aus dem Verein ausgeschieden sind und sprach seinen Dank für eine ihm dargebrachte Ehrung aus.

Aus den geschäftlichen Mittheilungen ist die Thatsache wichtig, dass am 2. Juli eine Delegirten-Versammlung der Medizinal-Beamten der verschiedenen Bundesstaaten stattgefunden hat, in der die Bildung eines Deutschen Medizial-Beamten-Vereins beschlossen worden ist. Die Landesvereine bleiben bestehen und es bleibt den einzelnen Mitgliedern vorbehalten, wieweit sie in den grossen Verein mit eintreten wollen. Die Vereinssitzungen sollen alljährlich möglichst im Anschluss an die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege stattfinden, nicht am selben Orte, aber von diesem bequem erreichbar.

Den ersten Vortrag hielt Kreisarzt Dr. **Krause**-Sensburg über die Bekämpfung der Tuberkulose. Er fordert als erste unter den seines Erachtens nothwendigen staatlichen Massnahmen die Einführung der Anzeigepflicht. Manches könne der Kreisarzt schon auf Grund der Dienstanweisung in den Schulen, gewerblichen Anlagen, Krankenhäusern, beim Verkauf von Nahrungsmitteln u. dergl. gegen die Verbreitung der Tuberkulose thun; besonderer Werth sei auf hygienische Belehrung und Erziehung weiter Volkskreise, insbesondere der Tuberkulösen selbst, zu legen. Die Frage, wieweit auf Nahrungsmittel, die von perlsüchtigen Rindern stammen, Rücksicht zu nehmen ist, bedarf nach Koch's neusten Veröffentlichungen der Nachprüfung. Segensreich wird die Einführung einer zeitweisen Isolirung der Kranken, wie sie in Norwegen durch ein ganz neues Gesetz eingeführt ist, sein. Bei der Behandlung haben die inneren Mittel versagt. Der Heilstättenbehandlung sei Sympathie entgegen zu bringen, Staatsmittel würden aber besser vorerst zur Erbauung von Tuberkulösenheimen zu verwenden sein. Mit Unrecht seien die beiden Koch'schen Tuberkuline in Verruf gekommen, besonders das alte Tuberkulin sei bei richtiger Anwendung ein ungefährliches, in geeigneten Fällen stets günstig wirkendes Mittel.

In der Diskussion weist Herr W. Becher-Berlin auf die Erholungsstätten vom Rothen Kreuz hin, welche mit verhältnissmässig wenig Mitteln herzurichten sind und sowohl den Tuberkulösen, die in der Lungenheilstätte vorläufig nicht unterkommen können, als auch denen, welche sich für die letztere nicht mehr eignen, eine zweckmässige Unterkunft bieten.

Reg.-Med.-Rath Meyhöfer-Düsseldorf hält es für verfehlt, gegen den einzelnen Kranken oder den einzelnen Bacillus Massregeln zu ergreifen. Der Kernpunkt liege in der Heilstättenbehandlung und in der Wohnungshygiene, bei welcher mitzuwirken die neuen Gesundheitskommissionen durch die Wohnungsinspektionen Gelegenheit hätten. Die Heilstätten könnten in weiterem Umfange ihre ungemein segensreichen Wirkungen entfalten, wenn sie billiger ausgeführt würden. Statt 6—8000 brauche man blos 4000 Mk. pro Bett aufzuwenden.

Herr Rapmund-Minden stimmt dem vollkommen bei.

Herr Behla-Luckau glaubt, dass sich durch Zwangsmassregeln viel erreichen lässt. Er selbst habe in der Strafanstalt Luckau durch strengstens durchgeführte Isolirung seit einiger Zeit jegliche Infektion vermeiden können.

Herr **Placzek**-Berlin berichtet über experimentelle, mikroskopische Studien zur Lehre vom Erhängungstode. Er hat geprüft, ob die nervi vagi, wie bisher vielfach angenommen worden ist, bei der Erhängung durch örtliche Einflüsse gereizt werden. Weder bei Erhängten, noch bei Leichenversuchen fand sich jemals eine anatomische Veränderung des 10. Hirnnerven. Thierversuche, bei denen diese Nerven entweder mit in die Strangulation einbezogen wurden, oder ausserhalb der Schlinge blieben, ergaben als auffälligste Wirkung eine Verlangsamung der Herzzusammenziehungen. Es wird also nicht der Nerv an Ort und Stelle geschädigt und gereizt, sondern das in seiner Zusammensetzung veränderte Blut übt einen Reiz auf das Centrum der Nerven im verlängerten Marke aus.

Herr **Wolff**-Harburg trägt über Theorie und Praxis der Grundwasserenteisenung vor. Das hygienisch werthvolle Grundwasser bedarf gegebenen Falls der Enteisenung, denn erfahrungsgemäss bedient sich das Publikum lieber des gesundheitlich immer bedenklichen Oberflächenwassers als eisenhaltigen Brunnenwassers. Die bisher üblichen Methoden der Enteisenung werden vom Verf. in Lichtbildern vorgeführt. Sodann legt er eine neue Theorie dar, um die Vorgänge bei der künstlichen Eisenabscheidung zu erklären. In einer Flüssigkeit, in welcher die Ausfällung eines festen Stoffes eintritt, muss zuvor ein Uebersättigungszustand in Bezug auf diesen Stoff bestanden haben; W. sieht nun in dem eisenhaltigen Grundwasser, wenn es unter Lufteinfluss steht, eine übersättigte Lösung. Auf solche Lösungen wirken am meisten ausfällend feste Körper mit grosser Oberfläche und der in der Lösung enthaltene Stoff selbst im festen Zustand. Alle Enteisenungsverfahren, die wir besitzen, vereinigen mehr oder weniger diese beiden Bedingungen und ihre Wirkung wird hierdurch aufs Einfachste erklärt. Für den Kleinbetrieb empfiehlt W. am meisten das Dunbar'sche Eisenfilterfass.

Herr **Stolper**-Breslau bespricht die aus der Unfallgesetzgebung erwachsenden besonderen Pflichten des ärztlichen Sachverständigen. Er möchte die praktische und wissenschaftliche Verwerthung des in den sozialen Gesetzen gegebenen neuen Rechts unter dem Namen: Versicherungsrechtliche Medizin zusammengefasst wissen. Aus diesem Gebiete hat er als Gegenstand seines Vortrages die Unfallbegutachtung mit besonderer Berücksichtigung der durch das Gewerbeunfallgesetz vom Juli 1900 geschaffenen Rechtslage ausgewählt. Er betont, dass der ärztliche Sachverständige sich als erster Rechtsberather und Anwalt des Verletzten fühlen und als solcher in Rath und That den grossen humanen Grundzügen des Gesetzes entsprechen müsse. Die Berufsgenossenschaft ist eine vom Gesetz bestellte Behörde zur Durchführung dieser Gesetze. Als solche ist sie nicht lediglich als eine Partei im Rentenverfahren zu betrachten. Si

hat ebenso sehr die Pflicht, dem wohlwollenden Sinne des Gesetzes zu entsprechen, als unberechtigte Ansprüche zurückzuweisen. Das Amt des Sachverständigen ist es hier so wenig, wie vor Gericht, die Entscheidung beeinflussen zu wollen; er ist nicht berechtigt, sein Urtheil durch Mitleid beeinflussen zu lassen, oder aber der Berufsgenossenschaft zuliebe berechtigte Ansprüche zu kürzen. Des Weiteren berührt der Vortragende Dinge, welche den Lesern dieser Zeitschrift bekannt sind, wie Rentenzahlung vor Ablauf der Karenzzeit, Erhöhung der Vollrente bei Pflegebedürftigkeit, Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften, Betheiligung des erstbehandelnden Arztes an der Begutachtung. Er betont, dass es durchaus nicht Pflicht der Berufsgenossenschaft sei, stets ein Gutachten des erstbehandelnden Arztes einzuziehen, zumal in vielen Fällen der erstbehandelnde Arzt einen viel zu kleinen Theil des Krankheitsverlaufs übersieht. Besonders viel Takt und Erfahrung erfordert die Thätigkeit des Vertrauensarztes beim Schiedsgericht, welcher in mündlicher Aussprache die vorliegenden Gutachten zu erläutern und etwa einander widersprechende Thatsachen aufzuklären hat. Redner beschliesst seinen Vortrag, indem er die Zuversicht ausspricht, dass die versicherungsrechtliche Medizin bald ebenbürtig neben ihrer Schwester, der gerichtlichen Medizin, stehen wird.

In der Diskussion wird zunächst auf Anregung des Kreisarztes Dr. Bräutigam die wichtige Frage erörtert, ob ein praktischer Arzt gezwungen werden kann, in einer Unfallsache ein Gutachten auszustellen. Stolper glaubt, dass ein solcher Zwang nicht allgemein, wohl aber in Bezug auf das informatorische Attest des erstbehandelnden Arztes ausgeübt werden kann.

Herr Rapmund betont, dass die Berufsgenossenschaften befugt sind, die Gerichts- und Polizeibehörden für ihre Zwecke in Anspruch zu nehmen. Die Berufsgenossenschaft könne also mit Hilfe der Polizei den Arzt ebenso wie jeden Zeugen behufs mündlicher Abgabe eines Gutachtens vorladen lassen. Ob die Polizeibehörde zwangsweise gegen den Arzt vorgehen könne, sei jedoch fraglich. Ein entsprechender Fall in einem Regierungsbezirk schwebe augenblicklich noch.

Unter lebhaftem Beifall der Versammlung weist Rapmund die auf dem diesjährigen Aerztetag unwidersprochen gebliebene Ansicht des Prof. Thiem zurück, dass zur Begutachtung in Unfallsachen nur Derjenige geeignet sei, der noch ärztliche Praxis ausübe, eine Ansicht, die ihre Spitze zweifellos gegen die Medizinalbeamten richte, wenn sich der Referent auch als Freund derselben bezeichnet habe. Manchen Aerzten sei es vielleicht sehr angenehm, wenn die Medizinalbeamten, denen die Ausübung ärztlicher Privatpraxis untersagt oder nicht mehr möglich sei, nun auch als Konkurrenten bei der Begutachtung von Unfallverletzten ausscheiden; denn thatsächlich würden diese z. Z. in dieser Hinsicht von den Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichten bevorzugt und zwar ohne ihr Zuthun. Der Vorsitzende ist weit davon entfernt, diese Thätigkeit für die Medizinalbeamten in Anspruch zu nehmen; hier sei der praktische und beamtete Arzt völlig gleichberechtigt, der letztere aber auch noch dann, wenn er nicht mehr praktizire, denn das „Kranken heilen“ komme nicht in Betracht, sondern in erster Linie die Feststellung der Art und der Folgen von Verletzungen, sowie ihres ursächlichen Zusammenhanges mit einem Unfall, also eine „diagnostische“ Thätigkeit, die sich von der gerichtsärztlichen des beamteten Arztes gar nicht unterscheide. Es sei daher auch zu bedauern, dass die Gutachterthätigkeit in Unfallsachen und diejenige auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin sich immer mehr von einander trennten, während sie streng genommen zusammen gehören. Als Gerichtsarzt bleibe aber der nicht mehr praktizirende beamtete Arzt nach wie vor in der Untersuchung und Begutachtung von Unfallverletzten mindestens ebenso geschult wie der praktische Arzt, so lange er noch wie bisher aus dem Stande der praktischen Aerzte hervorgehe. Deshalb müsse er jenem auch völlig gleichgestellt werden. und zwar nicht nur in denjenigen Fällen, wo es sich um Beurtheilung von Tod und Unfall handelt und in denen ihm Dr. Thiem selbst eine Superiorität als Sachverständiger einräume, sondern auch in der Begutachtung von Lebenden, die erfahrungsgemäss in der Regel weit einfacher sei als jene.

Med.-Rath Prof. Dr. **Wernicke**-Posen spricht gemäss der auf der vorjährigen Versammlung getroffenen Verabredung über die Schutz- bezw. Desinfektionsmaassregeln während des Bestehens einer gemeingefährlichen Krankheit. Ausser der schon im vorigen Jahre betonten Wichtigkeit der Formalindesinfektion hebt er nur einige allgemeine Gesichtspunkte hervor. Der beste Schutz sei die Immunisirung der Gesunden entweder durch allgemeine hygienische Massnahmen oder durch Mittel, welche die Erkrankungsfähigkeit verhüten bezw. die eingedrungene Krankheit rasch heilen. Eine innere Desinfektion durch „Anti-Körper“ ist bei einigen, hauptsächlich durch Vergiftung des Körpers wirkenden Infektionskrankheiten, wie Diphtherie und Starrkrampf, entdeckt. Bei den septischen Infektionskrankheiten scheint man auf dem Wege zu sein, durch sog. aktive Immunisirungsmethoden im Sinne der Pockenimpfung Schutzmassregeln ausfindig zu machen. Bei der Tuberkulose ist der Heilwerth des Tuberkulins für geeignete Fälle sehr wahrscheinlich, der Werth desselben für die frühzeitige Erkennung der Krankheit und somit auch für ihre rechtzeitige Behandlung unbestreitbar. Was die weiteren Mittel gegen die Verbreitung von Infektionskrankheiten anbetrifft, so lassen sie sich im Rahmen eines Vortrags nicht auseinandersetzen, sie müssen sich jedesmal genau nach der Verbreitungsart des betreffenden Krankheitserregers richten. Als Beispiel wird die ganz eigenartige Uebertragung des Malariaerregers durch die Anophelesmücken erwähnt.

Die Besprechung der Dienstanweisung durch Med.-Rath **Fielitz**-Halle musste wegen Behinderung des Vortragenden ausfallen. Statt ihrer erfolgte eine freie Erörterung der einzelnen Abschnitte, welche von dem Vorsitzenden durch einige allgemeine Worte über die Amtsführung des Kreisarztes eingeleitet wurde.

(Zu § 39.) Herr Hassenstein-Greiffenberg regte die Frage an, wieweit den Medizinalbeamten das aus hygienischen Rücksichten nothwendige Recht zur Besichtigung der Molkereien zustehe.

Herr Rapmund erwiderte, die Medizinalbeamten haben dieses Recht auf Grund der §§ 77 und 79 der Dienstanweisung. Allerdings sei ihnen der Zutritt jederzeit nur bei den unmittelbar ihrer Aufsicht unterstellten Anstalten (Apotheken etc.) gestattet, andere Anstalten dürfen sie nur unter Zuziehung der Ortspolizeibehörde oder nach besonderem Auftrage besichtigen.

(Zu § 43.) Dass der Kreisarzt als Gerichtsarzt durch seinen Diensteid ein für alle Mal vereidigt sei, ergiebt sich aus mehreren höchstgerichtlichen Entscheidungen, doch hält Herr A. Leppmann es für opportun, den von manchen Richtern in jedem Einzelfalle für nothwendig erachteten neuen Eid im Interesse der Sache ruhig zu leisten.

(Zu § 45.) Allgemein wird eine Polizei-Verordnung gewünscht, wonach die Vertreter ansässiger Aerzte sich bei dem zuständigen Kreisarzt melden müssen. Die Verwendung nicht approbirter Kandidaten kann dadurch verhütet werden.

(Zu § 57.) Bei Ermittelungen über Erkrankungen im

Wochenbett ist es geboten, die Wöchnerin thunlichst mit persönlichen Vernehmungen zu verschonen.

(Zu § 69.) Der Vorsitzende regt an, kleinere Ortschaften bei Gelegenheit von Dienstreisen wegen Feststellung ansteckender Krankheiten u. dgl. mit vorzunehmen. Hiergegen wird jedoch eingewendet, dass dazu in der Regel die Zeit fehle und dass es auch bedenklich sei, nach infizirten Häusern andere zu besichtigen. Der Vorsitzende betont die Wichtigkeit der Wasserversorgung und der Abfallbeseitigung in der Hygiene der kleinen Städte und des Landes. Hygienisch sichere Brunnen seien mit geringem Kostenaufwand herstellbar. Bezüglich zweckmässigerer Anlage der Dungstätten müssten die landwirthschaftlichen Vereine aufklärend wirken, da das landwirthschaftliche Interesse mit dem hygienischen zusammenfiele.

Bei Typhusepidemien soll man nicht einseitig an Brunnenverunreinigung denken, sondern mehr an Einschleppung, falls aber eine Uebertragung durch Brunnenwasser wahrscheinlich erscheint, solle man den Brunnen selbst nach hygienischen Gesichtspunkten untersuchen, während die chemische Wasseruntersuchung in den meisten Fällen überflüssig sei.

(Zu § 82.) Eine Uebereinstimmung darüber, wieweit der Kreisarzt verpflichtet ist, ohne besonderen Auftrag bei Erstfällen anderer Krankheiten als der im Reichs-Seuchen-Gesetz genannten Ermittelungen an Ort und Stelle vorzunehmen, wurde nicht erzielt.

Betreffs der Meldungspflicht von Todesfällen in Folge ansteckender Krankheiten theilt der Vorsitzende eine Mindener Polizei-Verordnung mit, wonach der Haushaltungsvorstand Genesung oder Ableben mitzutheilen hat.

(Zu § 92.) Eine längere Debatte über die hygienische Ueberwachung der gewerblichen Anlagen durch den Kreisarzt ergab, dass der Kreisarzt nur dann selbständig Gewerbebetriebe zu revidiren berechtigt ist, wenn es sich um Feststellung einer ansteckenden Krankheit handelt. In allen übrigen Fällen habe er einen Auftrag von der Ortspolizeibehörde auszuwirken, oder gemeinsam mit dem Gewerbeinspektor hinzugehen, welcher durch Ministerialverfügung angewiesen ist, einem entsprechenden Ansuchen des Kreisarztes stets stattzugeben.

Aus der weiteren Erörterung ist hervorzuheben, dass behufs Einreichung eines Verzeichnisses der Kurpfuscher (§ 46) Polizei-Verordnungen, welche die Meldepflicht dieser Personen bestimmen, nothwendig sind. Im Bezirk Minden besteht eine derartige Verordnung, welche sich bewährt hat.

Der letzte Punkt der Tagesordnung betr. Heranziehung der Medizinalbeamten zu den Umlagen der Aerztekammern bedarf in dieser Zeitschrift keines eingehenden Referats.

Verein der Bahnärzte des Direktions-Bezirks Köln.

General-Versammlung am 3. August 1901 in Köln, im Isabellensaale des Gürzenichs.

Vorsitzender: Dr. Lent-Köln.
Schriftführer: Dr. Pröbsting-Köln.

In die Anwesenheitsliste haben sich 34 Bahnärzte eingezeichnet.

Tages-Ordnung:

1. Vereinsangelegenheiten und Bericht über die Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnärzte.

2. Kassenbericht und Entlastung des Kassenführers.

3. Wahl zweier Vorstandsmitglieder.

4. Ueber einen neuen Apparat zur Untersuchung des Farbensinnes beim Eisenbahn- und Marine-Personal von Professor Dr. Eversbusch. — Augenarzt Dr. Pröbsting, Köln.

5. Anträge.

A) Rückständige aus den Versammlungen vom 22. Juli 1899 und 6. Oktober 1900.

1. Anträge Dr. Gerhartz, Rheinbach.

a) Für die untersten Beamten, welche bis jetzt nur Anspruch auf ärztlichen Beistand haben, soll eine Kasse zur Beschaffung der nöthigen Arzneimittel für sich und ihre Familienmitglieder gegründet werden.

b) Die Diätare sollen einer Krankenkasse zugeführt werden. — Dr. Joesten, Köln-Ehrenfeld.

2. Anträge Dr. Pilgram, Köln-Nippes.

a) Zuziehung eines Bahnarztes zu den Sitzungen des Vorstandes der Eisenbahnkrankenkassen.

b) Familienbehandlung bei der Krankenkasse für Beamte der früheren Rheinischen Eisenbahn.

3. Antrag Dr. Gottschalk, Raeren.

Ertheilung eines Freifahrtscheines an den Bahnarzt zwecks Inanspruchnahme eines Bahn-Spezialarztes im Erkrankungsfalle während der Krankheitsdauer. — Dr. Pilgram, Köln-Nippes.

4. Antrag Dr. Kohlmann, Remagen.

Das Beziehen einer Wohnung seitens der Mitglieder der Betriebskrankenkasse für den Eisenbahn-Direktionsbezirk Köln bedarf der Genehmigung der vorgesetzten Behörde.

Die Genehmigung wird ertheilt, wenn keine sanitären Missstände vorhanden sind.

Die zur Beurtheilung derselben in Betracht kommenden Zustände (Trockenheit, Licht- und Raumverhältnisse, Wasserversorgung, Abortsanlagen u. dgl.) sollen durch Besichtigung und Untersuchung einer Kommission, der der Bahn- oder Kassenarzt angehört, geprüft werden.

Es empfiehlt sich auch, durch diese Kommission (Vorgesetzter, Baubeamter, Arzt) alljährlich in bereits bezogenen Wohnungen der Mitglieder der Betriebskrankenkasse eine unvermuthete Revision der erwähnten Zustände vorzunehmen und durch geeignete Massnahmen nöthigen Falls entsprechende Abhilfe herbeizuführen.

Dem Bahn- oder Kassenarzt wird für jede einzelne Theilnahme an einer Wohnungs-Besichtigung das Honorar von 6 Mark am Wohnort des Arztes und 10 Mark ausserhalb desselben gewährt. (Kein Pauschquantum).

5. Antrag Dr. Pilgram, Köln-Nippes.

a) Möglichste Einschränkung der Schreibarbeit.

b) Freie ärztliche Behandlung von Betriebs-Sekretären mit ihren Familien.

c) Einrichtung, dass Betriebsbeamten Ferien zustehen.

d) Möglichste Berücksichtigung bei der Diensteintheilung der Betriebsbeamten, die freie Zeit in der Familie zubringen zu lassen.

B) Anfragen.

1. betr. Krankenschein-Formular. — Dr. Lent.

2. betr. Beurtheilung der Dienstfähigkeit bei Brüchen. — Dr. Pilgram.

3. betr. Ueberweisung von Beamten in Lungenheilstätten. — Dr. Lent.

Lent eröffnet die Sitzung und bedauert, dass die Versammlung nicht zahlreicher besucht, auch das gemeinsame Mittagessen wegen ungenügender Anmeldungen nicht zu Stande gekommen sei. Er bittet sich darüber aussprechen zu wollen, ob in der Jahreszeit, den Wochentagen und der Tageszeit vielleicht Aenderungen erwünscht seien. Allgemein wird das Frühjahr für die Versammlung geeigneter, der Sonnabend und die Tageszeit 1 Uhr für zweckmässig gehalten.

Der Vorsitzende widmet dem im November v. J. ver-

storbenen Kollegen Jacobiny in Krefeld Worte der Anerkennung und Erinnerung.

1. Wie schon im Druck mitgetheilt, sind die Beschlüsse des vorigen Jahres betreffend die Berechnung des Honorars der Bahnärzte und die Honorirung der Atteste für Untersuchung der Arbeiter von der Königl. Eisenbahndirektion in dankenswerther Weise erfüllt worden. Die Honorirung der Gutachten ist aber abgelehnt, ebenso wie die unentgeltliche Beförderung der Korrespondenzen.

Der Antrag betr. ein Verbot des Tragens genagelter Schuhe beim Maschinen- und Zugpersonal wurde berücksichtigt.

Alle im vorigen Jahre unerledigten Anträge sind vom Vorstande in einer Sitzung besprochen worden und stehen wieder auf der heutigen Tagesordnung.

Dr. Schneider-Troisdorf theilte dem Vorsitzenden mit, dass ein Naturheilkundiger in seinem Bahnbezirk Vorträge halten wolle. Dr. Schneider bat, dass der Vorsitzende sofort bei der Direktion hiergegen vorstellig werden sollte; dies ist geschehen und hat die Direktion diesen Unfug auch sofort verboten.

Der Vorsitzende berichtet über die Versammlung des Ausschusses der deutschen Bahnärzte am 12. und 13. April in Berlin. Leider sei unser Verein unvertreten geblieben, da diejenigen Herren, welche anfangs zugesagt hatten, in letzter Stunde verhindert waren. Der Bericht über die Sitzung ist durch die Sachverständigen-Zeitung mitgetheilt. Der Vorstand unseres Vereins hatte aber schriftlich den Antrag gestellt, dass die Gegenstände der Tagesordnung der Ausschusssitzungen den sämmtlichen bahnärztlichen Vereinen rechtzeitig mitgetheilt werden sollten, damit die Vertreter der Vereine sich über die Ansicht derselben unterrichten könnten. Der Ausschuss hat solches zugesagt.

2. Kassenbericht für 1900:

Bestand am 1. Januar 1900 . . .	172,37 Mk.
Ausgabe im Jahre 1900	132,95 Mk.
Bestand am 1. Januar 1901 . . .	39,42 Mk.

Für das Jahr 1900 musste daher der satzungsgemässe Beitrag von 3 Mk. eingezogen werden; es haben 113 Bahnärzte diesen Beitrag bezahlt.

3. Das nach dem Turnus ausscheidende Vorstandsmitglied Joesten wurde wiedergewählt und an Stelle des verstorbenen Jacobiny Rheins-Neuss gewählt.

4. Vortrag von Dr. Pröbsting:

„Ueber einen neuen Apparat zur Untersuchung des Farbensinnes beim Eisenbahn- und Marine-Personal von Professor Dr. Eversbusch.“

Mit der Farbenuntersuchungsmethode nach Holmgren sind einige Uebelstände verbunden, die gelegentlich zu Fehlerquellen werden können, und die daher andere Untersuchungsmethoden wünschenswerth machen.

Die Untersuchung nach Holmgren wird bei hellem, gutem Tageslicht angestellt. Leute mit herabgesetztem Farbenunterscheidungsvermögen könnten unter diesen günstigen Umständen die Probe noch bestehen, würden aber vielleicht unter ungünstigen Verhältnissen bei herabgesetzter Beleuchtung z. B. wie sie doch häufig im Eisenbahndienste vorkommen, nicht mehr im Stande sein, mit genügender Sicherheit die Farben zu unterscheiden. Dann ist es bei der Holmgren'schen Methode nicht möglich, sogenannte centrale Farbenskotome zu erkennen. Diese centralen Farbenskotome, d. h. die Unfähigkeit der centralen Netzhauttheile Farbeneindrücke richtig zu erkennen, finden sich nicht selten bei Vergiftungs-Schwachsichtigkeit, besonders nach Missbrauch von Alkohol und Tabak. Endlich erfordert die Holmgren'sche Methode eine gewisse Intelligenz des Prüflings, die nicht immer vorhanden ist. So bleibt oft bei genauer und langdauernder Untersuchung das Resultat unsicher. Daher hat man sich schon seit langer Zeit bemüht, Untersuchungsmethoden zu ersinnen, die sich mehr dem praktischen Bedürfnisse des Eisenbahndienstes anpassen sollten. Es handelt sich hierbei zumeist um die Konstruktion von Laternen mit farbigen Gläsern, um mit solchen die Farbentüchtigkeit der Eisenbahnbediensteten festzustellen. Neuerdings sind mehrere solcher Apparate konstruirt worden und zwar fast zu gleicher Zeit und unabhängig von einander in Deutschland, England und Amerika. Der Apparat hier ist von Eversbusch, jetzt Professor der Augenheilkunde in München, konstruirt worden und zwar gerade mit Rücksicht auf die Untersuchung der Eisenbahnbediensteten. Der Apparat besteht aus einem unteren Theil, in welchem sich das Licht befindet und einem oberen Theil, welcher eine Anzahl farbiger Gläser trägt. Das Licht — eine Benzinlampe von der Stärke einer Normalkerze — tritt durch einen Tubus nach aussen. Aussen vor dem Tubus befinden sich 2 Scheiben, die sich übereinander drehen lassen. In der unteren Scheibe sind runde Oeffnungen von 2,5—20 mm Durchmesser. In der oberen Scheibe befinden sich ausser einer runden Oeffnung von 20 mm Durchmesser 2 Scheiben von Michglas (N1 und N2) und 2 Scheiben von rauchgrauem Glas (D1 und D2). Durch diese Scheiben kann das austretende Licht abgedämpft und so Nebel und Dunkelheit nachgemacht werden. Vor die innere Oeffnung des Tubus können durch Drehung des oberen Theils des Apparates farbige Gläser gebracht werden. Die Untersuchung wird auf 6 m in einem völlig verdunkelten Zimmer vorgenommen.

Die Untersuchungsresultate sind sehr sicher und genau und zur Kontrole in zweifelhaften Fällen gut zu verwerthen.

Der Apparat kostet mit Porto u. s. w. 53 Mark. Hergestellt wird er vom Universitäts-Mechaniker R. Hennig in Erlangen.

Die Versammlung beschliesst, bei der Eisenbahn-Direktion zu beantragen, dass einige Bahnaugenärzte mit diesem Apparate ausgerüstet werden möchten, damit die Bahnärzte die im Farbensinn zweifelhaften Personen an die Bahnaugenärzte zur genauen Nachprüfung überweisen könnten.

Joesten macht auf die Uebelstände der praktischen Nachprüfung aufmerksam; die Versammlung beschliesst, die Direktion zu bitten, in Erwägung zu ziehen, ob diese Prüfungen nicht zweckmässiger an einem ruhigen Orte mit Nachbildungsscheiben der Weichen- etc. Signale angestellt würden.

5. Anträge:

A. 1a und b werden abgelehnt auf Antrag des Berichterstatters Joesten.

2a wird angenommen, die Direktion zu bitten, dahin wirken zu wollen, dass der Vorstand der Betriebskrankenkasse einen oder mehrere Kassenärzte zu den Sitzungen des Vorstandes zuziehen möchte.

2b wird abgelehnt, jedoch der Vorsitzende gebeten, gelegentlich mit dem Vorsitzenden der Kranken- und Unterstützungskasse der Rhein. Eisenbahn Rücksprache zu nehmen.

3 wird angenommen.

4 wird abgelehnt.

5a. Es wird beschlossen, die Direktion zu bitten, um für die Aerzte die viele Schreibarbeit zu verringern, dahin wirken zu wollen, dass die Kranken- und Genesungsscheine von den Dienststellen in allen Punkten — mit Ausnahme der ärztlichen Bemerkungen — ausgefüllt zugestellt werden. Auch soll der Direktion mitgetheilt werden, dass es den Bahnärzten in vielen Fällen schwer, ja unmöglich ist, die Rücksendung der Briefe selbst zu bewirken, wenn sie nicht Porto und Botenlohn vorlegen wollten. Es müsste also für Abholung der Briefe Sorge getragen werden.

5b. Der Vorsitzende theilt mit, dass nach Entscheidung der Direktion, die bei den Betriebsstellen beschäftigten Bureaubeamten als Betriebsbeamte angesehen würden.

5cd. Diese Anträge sollen an den Ausschuss deutscher Bahnärzte gerichtet werden.

B. Anfragen werden bis zur nächsten Sitzung vertagt.

Dr. Lent. Dr. Pröbsting.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tod in Folge eines syphilitischen Gehirnleidens, nicht in Folge eines Betriebsunfalls.

Entsch. vom 26. Juni 1901.

Die Wittwe des am 10. April 1900 verstorbenen Droschkenkutschers B. in B. hat die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft um eine Hinterbliebenenrente gebeten, weil ihr verstorbener Ehemann sich am 29. Januar 1900 durch Sturz von dem Kutscherbock Abschürfungen beider Schienbeine zugezogen und ausserdem angeblich am 27. März 1900 auf dem Kutscherbock einen Schlaganfall erlitten habe. Der Anspruch wurde aber abgewiesen, weil der Tod in Folge syphilitischer Erkrankung der Gehirnarterien eingetreten und der angeblich erlittene Unfall vom 29. Januar bezw. 27. März 1900 nicht die Ursache gewesen sei. Die Berufung der erwähnten Wittwe wurde ebenfalls vom Schiedsgericht abgewiesen und ausgeführt, nach dem Gutachten des Stabsarztes Dr. med. W. hat B. bei seiner am 2. April 1900 erfolgten Aufnahme in die Kgl. Charité von einem am 29. Januar 1900 erlittenen Unfalle nichts erwähnt. Er hat nur angegeben, dass er seit März 1900 an Kopfschmerzen in der linken Schädelhälfte leide und dass er ein Gefühl von Schwere in der rechten Körperseite hatte. Die in der Charité gestellte Diagnose auf Gehirnsyphilis bezw. Schlagfluss in Folge syphilitischer Erkrankung der Gehirnarterien, wurde durch die vorgenommene Sektion bestätigt. Ausserdem hat die Sektion ergeben, dass sich kein Bluterguss durch Gefässberstung, wie bei der gewöhnlichen Form des Schlagflusses, sondern eine syphilitische Erkrankung der Basalarterien des Gehirns mit starker Verdickung der Wand, ein Erweichungsherd in der Brücke des Gehirns und geringe Veränderungen der Gefässwand an einzelnen Stellen der übrigen Arterien vorfanden. Nach dem Gutachten des Dr. W. ist es nach der Natur des Prozesses ausgeschlossen, dass der Tod auf den Unfall vom 27. März 1900 bezw. überhaupt auf einen Unfall zurückzuführen ist. Gegen diese Entscheidung hat die Wittwe Rekurs eingelegt mit dem Antrage, ihr eine Wittwenrente zuzusprechen. Sie stellt entschieden in Abrede, dass ihr Ehemann syphilitisch krank gewesen sei und behauptete, dass ihr Ehemann bis zum 29. Januar 1900 gesund gewesen sei, dass er bei dem an diesem Tage erlittenen Sturze von der Droschke eine Kopfverletzung davongetragen habe und dass diese Verletzung den am 27. März 1900 eingetretenen Schlaganfall und den am 10. April 1900 erfolgten Tod verursacht habe. Ihre Angaben suchte sie durch mehrere Bescheinigungen zu begründen. Geschäftsführer Z. beantragte die Zurückweisung des Rekurses aus den Gründen der Vorentscheidung. Das Reichs-Versicherungsamt hat noch weiteren Beweis erhoben durch eidliche Vernehmung des Kutschers K. und des praktischen Arztes Dr. L. sowie durch Einholung eines weiteren Gutachtens der Direktion der Kgl. Charité. In diesem Gutachten wurde u. A. von Dr. W. ausgeführt, die anatomische Diagnose lautete: syphilitische Entzündung der Basisarterien; gelbe Erweiterung der Gehirnsubstanz in der Brücke. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen chronischen Prozess in der Basilararterie handelte, welcher durch Bildung des Gerinnsels auf der Innenhaut einen nahezu vollständigen Verschluss der Arterienlichtung und dadurch eine Erweichung herbeigeführt hat. Der Unfall kann für den Verlauf der Krankheit nicht wohl von Belang gewesen sein. Niemand hat bei B. nach jenem Unfall akute nervöse Störungen (Lähmungen etc.) beobachtet. B. hat den Unfall so wenig eingeschätzt, dass er davon in der Charité nichts angegeben hat. Einen akuten positiven Schaden im Gehirn durch diesen Unfall muss man daher ausschliessen. Die Beurtheilung, ob der Unfall weiterhin den an sich chronischen Gang der Erkrankung beschleunigt hat, könnte nichts mehr als vage Vermuthung sein. — Das Reichs-Versicherungsamt unter dem Vorsitz des Senatsvorsitzenden B. wies dann den Rekurs aus folgenden Gründen ab: Nach dem Sturze vom Bock der Droschke ist das linke Auge des B. allerdings blutunterlaufen gewesen, Zeichen für eine Gehirnveränderung haben aber nicht bestanden. Schon dieser letztere Umstand spricht dagegen, dass der etwa 2 Monate später eingetretene Schlaganfall Folge des Unfalls ist. Das Gutachten des Dr. W. weist aber auch überzeugend nach, dass nach den Krankheitserscheinungen und dem Befunde der Sektion der Schlaganfall durch eine chronische, von dem Unfalle unabhängige Erkrankung des Gehirns herbeigeführt ist, und dass der Verstorbene dieser Erkrankung, welche durch den Unfall weder verschlimmert, noch beschleunigt ist, erlegen ist. Hiernach ist der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Unfall und Tod nicht erbracht; ohne diesen Nachweis entbehrt aber der Anspruch der Klägerin der Begründung.

M.

Der Tod an Influenza ist nicht Folge des erlittenen Unfalles.

Entscheidung vom 25. Mai 1901.

Der Hauer J. G., welcher für die Folgen eines am 31. März 1887 auf Grube R. erlittenen Bruches des linken Unterschenkels eine Unfallrente für $^3/_5$ Erwerbseinbusse bezog, ist am 9. März 1900 an Influenza verstorben. Der Antrag der Wittwe auf Gewährung der gesetzlichen Rente ist vom Sektionsvorstande abgelehnt worden, weil ein Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Verletzung und dem Tode des Ehemannes nicht erwiesen sei. Auf die Berufung hin hat das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verurtheilt, weil nach dem Gutachten des Kreisphysikus ein mittelbarer Zusammenhang zwischen der Verletzung und dem späteren Ableben des G. nicht von der Hand gewiesen werden könne. In den ärztlichen Gutachten, welche in der Berufungsinstanz vorgelegt wurden, ist ausser der Beinverletzung vom 31. März 1887 noch einer Verletzung des Kopfes Erwähnung gethan, von welcher jedoch dem Sektionsvorstande bisher nichts bekannt war. Das Schiedsgericht führte in den Entscheidungsgründen noch aus, dass nach den ärztlichen Gutachten und einem von der Wittwe eingereichten Schriftsatze an der Thatsache der Kopfverletzung wohl nicht gezweifelt werden könne. Der von der Berufsgenossenschaft gegen die Schiedsgerichtsentscheidung eingelegte Rekurs hatte Erfolg. Das R.-V.-A. veranlasste die Erhebung weiteren Beweises durch Vernehmung von Aerzten und Zeugen und wies auf Grund des Ergebnisses dieser Beweiserhebung die Wittwe mit ihrem Entschädigungsanspruch ab. Gründe:

Die Begründung, mit der die angefochtene Entscheidung das Ableben des G. in Folge von Influenza mit dem mehr als 13 Jahre zurückliegenden Unfall in Zusammenhang bring[t], genügt nicht zur Verurtheilung der Beklagten. Dazu w[äre] die Feststellung erforderlich, dass der Unfall den Tod [er]heblich beschleunigt, oder sonst irgendwie wesentlich [bei] seinem Eintritt mitgewirkt hätte. Davon ist nichts erwi[esen] und auch nichts zu erweisen, ja es ist von vornherein

wahrscheinlich, eben weil zwischen dem Unfall und dem in Folge einer auch sonst wohl tödtlich verlaufenden Krankheit eingetretenen Tode ein so langer Zeitraum liegt. Auch die Beweisaufnahme in der Rekursinstanz hat nichts, was für den behaupteten Zusammenhang zwischen Unfall und Tod spräche, ergeben, insbesondere ist nicht erwiesen, dass G. seiner Zeit eine irgendwie erhebliche Verletzung am Kopfe davongetragen hat, welche, sei es für sich allein oder in Verbindung mit der Influenza zum Tode geführt haben könnte. Zudem hat es Dr. F. noch ausdrücklich als höchst wahrscheinlich bezeichnet, dass diese Krankheit in Folge der schon vor dem Unfalle vorhanden gewesenen allgemeinen Körperschwäche, insbesondere der Herzschwäche, tödtlich verlaufen ist.

Unter diesen Umständen hat die Klägerin keinen Anspruch auf Wittwenrente und war daher mit ihrem Anspruch an die Beklagte abzuweisen. (Kompass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ausgaben für Fachliteratur.

Entscheidung vom 28. Juni 1901.

Dr. med. M. hatte gegen seine Veranlagung zur Einkommensteuer ohne Erfolg Berufung eingelegt und besonders bemängelt, dass die Ausgaben für Fachliteratur, ärztliche Vereine und Wohlthätigkeit nicht für abzugsfähig erachtet wurden. Das Oberverwaltungsgericht entschied aber ebenfalls zu Ungunsten des Arztes und machte u. A. Folgendes geltend: Nach der Ansicht des Oberverwaltungsgerichts dürfen Ausgaben der Aerzte für die Fachliteratur bei der Feststellung ihres Einkommens aus der ärztlichen Thätigkeit nicht in Abzug gebracht werden, da diese Aufwendungen nicht unmittelbar zur Erwerbung, Sicherung und Erhaltung des ärztlichen Einkommens, vielmehr nur dazu dienen, den Arzt im Allgemeinen auf der Höhe der neusten wissenschaftlichen Forschungen zu erhalten, seine Kenntnisse zu bereichern und ihn zu befähigen, gegebenen Falls die neuerfundenen Heilmethoden zur Anwendung zu bringen. Wäre anzuerkennen, dass die fachwissenschaftliche Bibliothek eines Arztes zu denjenigen Gegenständen gehört, für deren Abnutzung ein Abzug von der Roheinnahme der ärztlichen Thätigkeit beansprucht werden darf, so würde bei der Bemessung der Höhe der Abschreibung doch nur die Werthsverminderung zu berücksichtigen sein, die die Bibliothek bei ihrem gewöhnlichen Gebrauche behufs Ausübung der ärztlichen Thätigkeit erfährt, dagegen würde die Werthsverminderung medizinischer Werke in Folge des Erscheinens neuer Auflagen nicht in Betracht kommen dürfen. Vorliegend kann angenommen werden, dass die Bibliothek des Censiten im Durchschnitt der drei Jahre vor der Veranlagung eine grössere Werthsverminderung als fünf Prozent des von ihm auf 3000 Mark angegebenen Versicherungswerthes, d. h. 150 Mark nicht überstiegen hat. M.

Tagesgeschichte.

Aerztliche Gutachten und Berufsgenossenschaften.

Es häufen sich die Beschwerden von Aerzten darüber, dass ihre Unfall-Gutachten für die Berufsgenossenschaften in wörtlicher Abschrift den Rentenbewerbern mitgetheilt werden, während doch das Gesetz nur verlangt, dass sie ihrem wesentlichen Inhalte nach mitzutheilen sind. Der ärztliche Bezirksverein Schwarzenberg in Sachsen hat sich kürzlich mit dieser Frage beschäftigt. Es wurde mitgetheilt, dass persönliche Beschwerde bei verschiedenen Berufsgenossenschaften keinen Erfolg gehabt hat. Schliesslich wurden zwei Anträge folgenden Inhalts an den Kreisvereinsausschuss des Königreichs Sachsen beschlossen:

1. Der Kreisvereinsausschuss wolle dahin wirken, dass den sächsischen Berufsgenossenschaften aufgegeben wird, ihren Rentenbewerbern bei Benachrichtigung über die Höhe der Renten oder bei Ablehnung solcher nur die rechnerischen Grundlagen (d. h. Jahresarbeitsverdienst und Prozentsatz der Vollrente), nicht aber die ärztlichen Gutachten in wortgetreuer Abschrift auszuhändigen.

2. Der Kreisvereinsausschuss wolle dahin wirken, dass § 9 Absatz 4 des Gesetzes, betreffend die Abänderung des Unfallgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend Mittheilung ärztlicher Zeugnisse seitens des Schiedsgerichtsvorsitzenden an den Verletzten, dahin abgeändert wird, dass ärztliche Zeugnisse im Schiedsgerichtsverfahren nur ihrem wesentlichen Inhalte nach und nur nach Einwilligung des begutachtenden Arztes dem Verletzten bekannt gegeben werden.

Der erste Paragraph hat sicher seine volle Berechtigung. Es ist eine Arbeitersparniss am unrechten Orte, wenn statt eines mit Verständniss und Takt abzufassenden Auszuges aus dem Gutachten immer der ganze Wortlaut mitgetheilt wird. Von verschiedensten Seiten ist mit Recht auf die Unzuträglichkeiten dieses Verfahrens, das dem Verletzten unnöthige Aufregungen, dem Arzt oft Unannehmlichkeiten, der Berufsgenossenschaft gar keine Vortheile bringt, aufmerksam gemacht worden. Im zweiten Paragraphen ist die Stelle „nur nach Einwilligung des begutachtenden Arztes" doch recht bedenklich, ja sie verlangt Unmögliches. Es hat in unserer ganzen Rechtspflege kein Gegenstück, dass einer Partei in einem Rechtsstreit ein für die Entscheidung wichtiger Beweisgrund verheimlicht werden dürfte. Wie würde denn in den meisten Fällen eine Urtheilsbegründung überhaupt möglich sein, wenn das Urtheil nicht die wesentlichsten Punkte des ärztlichen Gutachtens erwähnte? Und worauf sollte der Verletzte einen etwaigen Rekurs begründen, wenn der Arzt nicht eingewilligt hat, die für das Schiedsgerichtsurtheil massgebenden Punkte seines Gutachtens dem Berufungs-Kläger bekannt zu geben?

Wer hat denn beispielsweise, solange unsere Strafprozessordnung besteht, Anstoss daran genommen, dass das Gutachten von Gerichtsärzten in seinen wesentlichen Punkten dem Angeklagten in der Urtheilsbegründung mitgetheilt wurde? Alle Pflichten des öffentlichen Lebens bringen den Staatsbürger gelegentlich in unangenehme Situationen Diesem und Jenem gegenüber; die Gesetze sollen natürlich diese Konflikte nach Möglichkeit vermeiden helfen, aber der Zweck der Gesetzgebung darf darunter nicht leiden.

Arbeiterschutzgesetz in Dänemark.

Seit dem Frühjahr dieses Jahres ist in Dänemark die Arbeit in den Betrieben und die Beaufsichtigung derselben einheitlich durch ein Gesetz geregelt, dessen hygienische Bestimmungen im Vergleich zu unserem einheimischen Arbeiterschutz recht bemerkenswerth sind.

§ 1. Die Fabriken und die fabrikmässig betriebenen Werkstätten sowie andere Handwerks- und Industriebetriebe, in denen regelmässig eine grössere Anzahl Arbeiter gleichzeitig ausserhalb ihrer Wohnungen ausschliesslich oder wesentlich in bedeckten Räumen beschäftigt wird, und welche unter die Bestimmungen dieses Gesetzes einbeziehen zu müssen erachtet wird, sind einer dem Ministerium des Innern unterstellten Arbeits- und Fabriksaufsicht unterworfen. Die Betriebe, in denen der Betreffende unter dem Beistande von Ehefrau und Kindern nur eigene Arbeit leistet, werden jedoch in keinem Falle der Aufsicht unterstellt; dasselbe gilt bezüglich der landwirthschaftlichen Betriebe, einschliesslich der Meiereien.

Für bestimmte Arten von Erwerbsthätigkeiten ausserhalb der Landwirthschaft, der Gärtnerei, der Forstwirthschaft, der Fischerei und der Schifffahrt, die nicht unter diese Vorschrift fallen, kann auf Vorschlag einer Kommunalverwaltung durch einen von dem Ministerium des Innern gutgeheissenen Beschluss nach eingeholter Erklärung des Arbeitsrathes für die betreffende Kommune bestimmt werden, dass die Verwendung von Kindern, die nicht gesetzmässig aus der Schule entlassen sind, entweder beschränkt oder ganz verboten wird, und dass die Verwendung von Personen, die wohl gesetzmässig aus der Schule entlassen sind, aber das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in dem Umfange beschränkt wird, wie es für die Gesundheit oder Sittlichkeit des Betreffenden nothwendig erachtet wird, — jedoch innerhalb der Grenze, welche für die unter Arbeits- und Fabriksaufsicht gestellten Betriebe nachstehend angegeben sind. Die Befolgung der auf diesem Wege getroffenen Bestimmungen ist der Polizeikontrole unterworfen.

§ 2 (Auszug). Alle Betriebe in Handwerk oder Industrie, die mehr als 5 Arbeiter beschäftigen, oder bei denen mechanische Kraft mit Hilfe von Dampf, Gas, Petroleum, Elektrizität oder dergl. erzeugt wird, sind nach bestimmten Formularen meldepflichtig.

§ 3 (Auszug). Wer eine Fabrik errichten oder betreiben will, ist zur Einholung einer Aeusserung des Aufsichtswesens darüber berechtigt, inwieweit gegen den Plan mit Rücksicht auf die Bestimmungen des Gesetzes etwas einzuwenden ist. Auch ohne solche Veranlassung ist das Aufsichtswesen berechtigt, etwaige Einwendungen zu erheben.

§ 4. Die Arbeitsstellen, die der Beaufsichtigung unterworfen sind, sowie die Eingänge zu denselben sollen so eingerichtet sein, dass Gesundheit, Leben und Gliedmassen der Arbeiter sowohl während der Arbeit selbst, wie während des Aufenthalts auf der Arbeitsstelle genügend geschützt sind.

Falls die Einrichtung von Werkstätten etc. bei deren erster Einrichtung von den zur Erlassung besonderer Vorschriften berechtigten Bau- und Gesundheitsbehörden nicht gutgeheissen ist, können von dem Aufsichtswesen besondere Verfügungen in der bezeichneten Richtung erlassen werden.

§ 5. Die Arbeitsräume dürfen mit Arbeitern nicht überfüllt werden; bei der Einrichtung neuer oder bei der Veränderung von älteren Arbeitsstellen ist für jeden Arbeiter ein Luftraum von mindestens 8 Kubikmetern vorzusehen.

Es soll auf zweckmässige Weise, unter Umständen durch Lufterneuerung auf künstlichem Wege, für passenden Luftwechsel in so reichlichem Masse gesorgt werden, wie die Art des Betriebes es gestattet; dies gilt besonders für solche Räume, in denen sich Staub oder gesundheitsgefährliche Stoffe (Luftarten oder Dämpfe) entwickeln. Auch muss durch Ventilation sowie nöthigenfalls durch Absperrung dafür gesorgt werden, dass giftige Luftarten, Rauch, Staub und starke Hitze, Dampf und üble Gerüche, die sich in den einzelnen Arbeitsräumen und während gewisser Betriebszeiten entwickeln können, in andere Arbeitsräume nicht hineindringen.

Der Zutritt zu Arbeitsräumen, in denen giftige Stoffe verarbeitet oder benutzt werden, ist für alle anderen Arbeiter, die dort nicht beschäftigt sind, zu verbieten.

Was die durch mechanische Kraft getriebenen Maschinen betrifft, so gelten hierfür die Bestimmungen, die in dem Gesetz vom 13. April 1889, betr. Veranstaltungen zur Vorbeugung von Unglücksfällen bei Benutzung von Maschinen u. s. w., enthalten sind.

Tapeten an den Wänden und Decken sind in denjenigen Räumen verboten, in denen das Aufsichtswesen aus gesundheitlichen Gründen deren Verwendung für ungeeignet erklärt. Sowohl die Wände wie die Decken und namentlich die Fussböden sind häufig zu reinigen; in dieser Beziehung können seitens des Aufsichtswesens nähere Vorschriften erlassen werden. Wo die Verhältnisse es gestatten, sind gekalkte Wände und Decken ausserdem einmal jährlich mit Kalk frisch zu streichen.

§ 6. Die Beleuchtung der Arbeitsräume soll sowohl zur Ausführung der Arbeit wie zur Beobachtung der in den Räumen angebrachten Maschinen und anderer Gegenstände ausreichend sein; falls künstliche Beleuchtung benutzt wird, soll diese gefahrlos sein. In Arbeitsräumen, in denen explosive oder leicht entzündliche Luftarten, Dämpfe oder Staub vorhanden sind oder sich entwickeln, muss für künstliche Beleuchtung auf sichere Weise Sorge getragen werden.

Die Erwärmung der Arbeitsräume soll dort gefordert werden können, wo die Arbeit im Sitzen erfolgt und die Verhältnisse es im übrigen erheischen.

§ 7. Auf oder bei der Arbeitsstelle ist während der kalten Jahreszeit den Arbeitern Gelegenheit zu geben, ihre Mahlzeiten in erwärmten Räumlichkeiten einnehmen zu können und, insofern die Verhältnisse es gestatten, ihr Mittagessen gewärmt zu bekommen, wenn es mitgenommen oder gebracht wird.

§ 8. Spätestens zwei Jahre nach dem Inkrafttreten des gegenwärtigen Gesetzes sind seitens des Ministers des Innern nach den Anträgen des Arbeitsrathes Ausführungsbestimmungen zu erlassen, welche Vorschriften darüber zu enthalten haben, welche Forderungen bezüglich der Grösse, der Einrichtung, Beleuchtung, Erwärmung, Ventilation u. s. w. der Räume zur Durchführung der Bestimmungen der §§ 4 bis 6 an die einzelnen Arten von Fabriken und Werkstätten mit Rücksicht auf die Anzahl der in denselben beschäftigten Arbeiter zu stellen sind.

Diese Forderungen sind bei der Einrichtung neuer und der Veränderung älterer Anlagen durchzuführen. Jede unter das Aufsichtswesen gehörende Arbeitsstelle hat spätestens zehn Jahre nach dem Erscheinen der Ausführungsbestimmungen den in diesen aufgestellten Forderungen zu genügen.

Die Paragraphen 9 bis 18 handeln von der Kinder- und Frauenarbeit. Erstere darf erst im Alter von mehr als 12 Jahren beginnen. Zwischen 12 Jahren und der Schulentlassung beträgt die Tages-Arbeitszeit höchstens 6 Stunden, dann bis zu 18 Jahren 10 Stunden mit entsprechenden Pausen und Ausschluss der Nachtarbeit bis auf festzustellende Ausnahmen. Bei besonders bedenklichen Betrieben kann der Arbeitsrath (s. u.) das Schutzalter erhöhen oder Jugendliche und Frauen ausschliessen. Einen grossen Fortschritt bezeichnet § 15:

§ 15. Bevor ein Arbeitgeber ein Kind oder einen jungen Menschen zu einer Arbeit annimmt, wie im § 1, Absatz 1 erwähnt worden ist, oder für eine Arbeit, für welche gemäss der Bestimmung im § 1, Absatz 2 Beschränkungen festgesetzt sind, hat er sich bezüglich des Alters und des Gesundheitszustandes desselben zu vergewissern. Zu diesem Zweck hat das betreffende Kind oder der junge Mensch sein Alter durch ein Geburtszeugniss darzuthun, und soll der Arbeitgeber durch eine auf sein Verlangen von dem betreffenden Amtsarzte oder einem anderen damit beauftragten Arzte vorgenommene Untersuchung sich einen Beweis dafür sichern, dass die körperliche Entwickelung oder der Gesundheitszustand des Betreffenden einer Verwendung zu der auszuführenden Arbeit als Hindernissgrund nicht entgegensteht. Bei der Beurtheilung der körperlichen Entwickelung muss die Untersuchung besonders darauf gerichtet werden, ob Grösse, Gewicht und Brustweite geringer sind als gewöhnlich für Personen des betreffenden Alters; in dieser Hinsicht muss das von dem betreffenden Arzt ausgestellte Zeugniss die nöthigen Angaben enthalten.

Die Bezahlung für die Untersuchung und die Ausfertigung des nöthigen Zeugnisses hat der Arbeitgeber zu leisten. Für die erste Anfertigung eines Geburtszeugnisses zur Vorzeigung bei der hier in Frage stehenden Gelegenheit wird keine Bezahlung geleistet.

Nähere Vorschriften für die in diesem Paragraph erwähnte ärztliche Untersuchung können von dem Minister des Innern auf Antrag des Arbeitsrathes festgesetzt werden.

Wöchnerinnen dürfen in den ersten 4 Wochen nur ausnahmsweise bei Einreichung eines ärztlichen Zeugnisses beschäftigt werden.

§ 19 bis 24 behandeln die Organisation des Aufsichtswesens: Ein Direktor, ein Sekretär, der sozialökonomisch gebildet ist, und ein technischer Expeditionsbevollmächtigter, eine jährlich festzusetzende Anzahl von männlichen oder weiblichen Inspektoren. Gleichzeitig wird als berathende Behörde beim Ministerium ein Arbeitsrath gebildet, dessen Mitglieder (8 ausser dem Vorsitzenden) vom Minister zu ernennen sind. Mindestens 3 Arbeitgeber und 3 Arbeitnehmer müssen unter den Mitgliedern sein.

Es folgen Straf- und Uebergangsbestimmungen.

Unfallschutz.

Die herzoglich Sachsen-Altenburgische Regierung hat, wie amtlich gemeldet wird, eine gemeinsame Berathung von Arbeitgebern und Arbeitern beschlossen behufs gesetzlicher Regelung des Schutzes nicht gewerblicher Arbeiter gegen Unfälle.

Die Uebernahme des Heilverfahrens für Versicherte.

In einem an die hiesigen Aerzte versandten Sonderabdruck aus ihrer Statistik berichtet die Landesversicherungsanstalt Berlin über die von ihr übernommene Krankenfürsorge im Jahre 1900.

Es wurden 3715 Anträge auf Uebernahme des Heilverfahrens gestellt, fast $^3/_4$ von Tuberkulösen. Nahezu die Hälfte musste abgelehnt werden, meist wegen zu weit vorgeschrittener Krankheit, zum Theil aber auch, weil Kranke, die schon früher in Heilanstalten waren, wegen der Menge der übrigen Vornotirungen nicht wieder berücksichtigt werden konnten.

Manche interessante Einzelheiten bietet der Bericht des Sanatoriums Gütergotz, wo die verschiedenartigsten Krankheiten behandelt werden. Hier findet sich u. A. eine Zusammenstellung über Geschlechtskrankheiten in der Vorgeschichte Nervenleidender, über die Krankheitsdauer bei den verschiedenen Leiden, und andre Dinge mehr, auf die hier nicht eingegangen werden kann. Es wurde von 1894 bis 1900 bei 1950 Kranken das Heilverfahren zum Abschluss gebracht. 916 wurden als geheilt, 795 als gebessert entlassen. Der ursprünglich erzielte Heilerfolg ging später wieder verloren bei im Ganzen 35 % der Entlassenen, von 56 % bei den 1894/95 Behandelten bis zu 22 % der 1900 Behandelten herabgehend. Am wenigsten Erfolg hatten die Versuche, Leute, welche schon Rente bezogen, durch die Behandlung wieder erwerbsfähig zu machen. Diesbezüglich ist also künftig grosse Vorsicht geboten, zumal genügend viel Kranke mit besseren Heilungs-Aussichten vorhanden sind.

Als Lungenheilstätten wurden meist die Anstalten in Grabowsee, Görbersdorf (Weicker, neuerdings auch Brehmer), Belzig, Braunfels und Vogelsang) benutzt. Das Gesammtergebniss war besser als bei den Kranken in Gütergotz: 91 % der Männer, 88 der Frauen wurden erwerbsfähig. Bei der Vertheilung der Kranken auf die Berufe fiel die starke Betheiligung der Näherinnen und Komptoiristinnen bezw. Handlungsgehilfinnen im Gegensatze zu der geringen der Dienstmädchen auf.

Zur Seuchenbekämpfung.

In Ausführung des Reichsseuchengesetzes sind nach der „Schles. Ztg." Bestimmungen über die wechselseitige Mittheilung des Auftretens von Volkskrankheiten durch die Civil- und Militärbehörden erlassen worden. Diese lauten: A. 1) Verpflichtet zur Mittheilung von Seiten der Civilbehörden an die Militärbehörden sind: die Ortspolizeibehörden der Garnisonorte und die Polizeibehörden derjenigen Orte, die im Umkreise von 20 km von Garnisonorten oder im Gelände für militärische Uebungen liegen. 2) Die sofort nach erlangter Kenntnis von dem anzeigepflichtigen Thatbestande zu erstattenden Mittheilungen erstrecken sich auf: a. jede Erkrankung an Aussatz und Unterleibstyphus sowie Verdacht dieser Krankheiten, ferner Erkrankungen an Kopfgenickstarre oder an Rückfallfieber; b. jeden ersten Fall von Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken sowie das erste Auftreten des Verdachtes dieser Krankheiten; c. jedes epidemische Auftreten der Ruhr, Diphtherie, des Scharlachs sowie jedes neue Vorkommen von Massenerkrankungen an Körnerkrankheit (Trachom). Ueber den weiteren Verlauf der Seuchen unter b und der Ruhr sind wöchentlich Zahlenübersichten der neu festgestellten Erkrankungs- und Todesfälle einzusenden. Ferner ist Mittheilung zu machen, sobald Diphtherie, Scharlach, sowie Körnerkrankheit (Trachom) erloschen sind oder nur noch vereinzelt auftreten. Jeder Mittheilung der bezeichneten Krankheit unter a und b sind Angaben über die Wohnungen und Gebäude, in welchen Erkrankungen oder der Verdacht aufgetreten sind, beizufügen. Für Garnisonorte und für die in ihrem Umkreise von 20 km gelegenen Orte sind die Mittheilungen an den Kommandanten oder Garnisonältesten, für Orte im militärischen Uebungsgelände an das Generalkommando zu richten. B. 1) Verpflichtet zur Mittheilung der im Dienstbereiche der Militärbehörden vorkommenden Krankheiten an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige Ortspolizeibehörde sind: die Kommandanten oder die Garnisonältesten der Garnisonorte, ferner die Kommandobehörden der im Uebungsgelände sich befindenden Truppentheile. 2) Die Mittheilungen erstrecken sich auf die gleichen, vorstehend unter A a, b und c aufgeführten Erkrankungs- und Verdachtsfälle unter Angabe der Militärgebäude und Wohnungen u. s. w. 3) Von dem Ausbruch und dem Verlauf der unter b bezeichneten Krankheiten ist das Kaiserliche Gesundheitsamt sofort und direkt zu benachrichtigen.

Gelbfieberimpfung am Menschen.

Nach Meldung von Tageszeitungen sollen in Havana acht Personen von **amtlicher** Seite unter Geldversprechungen dazu bewogen worden sein, sich von Moskitos, die Gelbfieberkeime trugen, stechen zu lassen. Zwei davon seien gestorben, drei liegen im Sterben, zwei sind nach schwerer Krankheit auf dem Wege der Besserung, einer ist gesund geblieben.

Dergleichen ist schwer zu glauben. Sollte es wirklich Beamte eines Kulturstaates geben, die sich für befugt halten, einem Thoren, der sich gegen Entgelt zu solchen Versuchen hergiebt, ein Gift, dessen voraussichtlich tödtliche Wirkung sie kennen, einzuimpfen?

Erster Egyptischer Medizinischer Kongress.

Frühzeitig kündigt ein unter dem Vorsitz des Khediven stehendes Komité für den 10. bis 14. Dezember einen Egyptischen Aerzte-Kongress an, dessen Verhandlungen sich besonders mit den Egypten eigenthümlichen Krankheiten beschäftigen sollen. Wir finden allerlei interessante Themen angekündigt, von denen als Beispiele Ankylostoma, Bilharzia, Filaria, Egyptische Augenkrankheiten, Myxoedem, Haschisch-Geistesstörung, Eunuchismus genannt sein mögen. Man darf dem originellen Unternehmen mit sympathischer Erwartung entgegensehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. | № 20. | Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Die Gesundheitskommissionen.

Von
Dr. Niemeyer-Neuss.*)
Kreisarzt.

Der zweite Abschnitt des Gesetzes betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen handelt von den Letzteren. Bekanntlich war schon in dem Regulativ bei ansteckenden Krankheiten vom Jahre 1835 die Errichtung von Sanitätskommissionen vorgesehen, aber die Kommissionen haben, wie wohl kaum zu bezweifeln ist, den Anforderungen, wie sie heute an die lokale Gesundheitspflege gestellt werden, nicht genügt. Haben sie doch an manchen Orten kein Lebenszeichen von sich gegeben und nur das Auftreten schwerer Epidemien, wie z. B. zur Zeit der letzten Cholerainvasion, vermochte sie aus ihrem Schlummer aufzurütteln. Der Erkenntniss, dass die alten Bestimmungen über diese Kommissionen der durchgreifenden Verbesserung dringend bedürftig seien, wurde Seitens der Aerztewelt wiederholt Ausdruck verliehen, und sie veranlasste das Zustandekommen des neuen Gesetzes, das am 1. April dieses Jahres in Kraft getreten ist und uns jetzt beschäftigen soll. Die Bestimmungen desselben zerfallen in

1. solche über die Bildung und Zusammensetzung der Kommissionen,
2. über ihr Verhältniss zum Kreisarzte,
3. über ihre Aufgaben,
4. über ihre Geschäftsordnung.

Vergleichen wir, um uns über die Bedeutung derselben klar zu werden, die alten Bestimmungen mit den neuen.

Die ersteren setzen in § 2 bezüglich der Bildung der Kommissionen fest, dass in Städten von 5000 und mehr Einwohnern fortwährend Sanitätskommissionen bestehen sollen; in kleineren Städten und auf dem Lande blieb deren Errichtung den Regierungen überlassen.

Dagegen bestimmt das neue Gesetz in § 10, dass für jede Gemeinde mit mehr als 5000 Seelen eine Gesundheitskommission zu bilden ist und zwar muss dieselbe nach § 1 der Geschäftsanweisung eine beständige sein. Der wesentliche Fortschritt in dieser neuen Bestimmung liegt darin, dass auch die zahlreichen Landgemeinden, also insbesondere in unserem Bezirk zahlreiche übervölkerte Industrieorte offiziell

*) Nach einem in der Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 10. September 1901 gehaltenen Vortrage.

eine Gesundheitskommisson erhalten; reichliche Arbeit wird sie dort sicherlich ebenso wohl finden, wie in Kur- und Badeorten, in welchen ja erhöhte Anforderungen an die öffentliche Gesundheitspflege gestellt werden müssen; für unseren Bezirk werden Letztere freilich, abgesehen vielleicht von Cleve, wenig in Betracht kommen.

Für kleinere Gemeinden, also solche mit 5000 und weniger Einwohnern, bestimmt das neue Gesetz, dass daselbst eine Gesundheitskommission gebildet werden kann.

In Städten muss die Bildung erfolgen, wenn der Regierungspräsident sie anordnet, also wie es früher war: neu ist, dass sie in Landgemeinden von 5000 und weniger Einwohnern vom Landrath im Einverständniss mit dem Kreisausschuss angeordnet werden kann, vgl. § 12 des Gesetzes und §§ 7 und 8 der Geschäftsanweisung. Für die kleineren Landgemeinden ist also das Verfahren vereinfacht und es kann hierbei der Kreisarzt eventuell anregend mitwirken.

Zusammensetzung.

Betrachten wir uns nun ferner die Zusammensetzung der Kommissionen etwas näher, so finden wir in § 1 des alten Regulativs hierüber Folgendes:

Dieselben sind zusammenzusetzen:

a) aus dem zugleich den Vorsitz führenden Vorstande der Ortspolizeibehörde und, wo dieselbe nicht zugleich die Kommunalbehörde ist, auch aus dem Vorstande oder einem von demselben zu deputirenden Mitgliede der letzteren;
b) aus einem oder mehreren von der Ortspolizeibehörde zu bestimmenden Aerzten;
c) aus mindestens drei von den Vertretern der Kommune — Stadtverordneten oder Gemeinderath — zu erwählenden geeigneten Einwohnern der Stadt;
d) in Garnisonorten ausserdem noch aus einem oder mehreren von den Militärbehörden zu bestimmenden Offizieren und einem oberen Militärarzte.

Diese Bestimmungen galten für Städte sowohl als für Landgemeinden, während das neue Gesetz zwischen beiden eine Trennung vornimmt.

Es heisst darüber im § 10 Abs. 2 des Gesetzes: Die Zusammensetzung und Bildung dieser Kommissionen erfolgt in den Städten in Gemässheit der in den Städtordnungen für die Bildungen von Kommissionen vorgesehenen Bestimmungen und § 2 der Geschäftsanweisung fügt hinzu: Insbesondere bleibt die Festsetzung der Mitgliederzahl der Beschlussfassung den städtischen Vertretungen überlassen. Der Kommission sollen, so weit möglich, ein Arzt und ein Bauverständiger als Mitglieder angehören. Die näheren Bestimmungen über die Zusammensetzung der Kommission nach dieser Richtung sind vor der Wahl durch Beschluss der städtischen Vertretungen festzusetzen.

Die erwähnten Bestimmungen der Städteordnung für die Rheinprovinz vom 15. Mai 1856 über die Bildung von Kommissionen lauten nun dahin, dass zur dauernden Verwaltung oder Beaufsichtigung einzelner Geschäftszweige etc. besondere Deputationen entweder blos aus Stadtverordneten oder aus Letzteren und aus stimmfähigen Bürgern gewählt werden können. Zu diesen Deputationen und Kommissionen, welche übrigens dem Bürgermeister in allen Beziehungen untergeordnet sind, werden die Stadtverordneten und stimmfähigen Bürger von der Stadtverordnetenversammlung gewählt. Den Vorsitz führt der Bürgermeister oder der von ihm hierzu beauftragte Beigeordnete. Durch statutarische Anordnungen können nach den eigenthümlichen örtlichen Verhältnissen besondere Festsetzungen über die Zusammensetzung der bleibenden Verwaltungsdeputationen getroffen werden. Die Deputationen gelten als öffentliche Behörden und ihre Mitglieder als öffentliche Beamte. Die Entfernung eines Mitgliedes aus denselben erfolgt nach § 80 der St. O., wenn dasselbe des Bürgerrechtes verlustig geht; die gewählten stimmfähigen Bürger können von dem Bürgermeister in Uebereinstimmung mit der Stadtverordnetenversammlung auch vor Ablauf ihrer Wahlperiode von ihrem Amte entbunden werden, z. B. wenn sie sich nicht bewähren oder aus sonstigen Gründen ihr Verbleiben im Amte bedenklich erscheint.

Es ist also zu bemerken, dass das neue Gesetz den städtischen Vertretungen grössere Freiheit hinsichtlich der Zusammensetzung der Kommission lässt, als das alte. Ein Zwang beispielsweise, Vertreter von Garnisonen bezw. Militärärzte in die Kommission aufzunehmen, besteht für sie nicht.

Nach § 4 des alten Regulativs hing es nun weiterhin von der Ortspolizeibehörde ab, ob in grösseren Städten ausser der Sanitätskommission noch besondere, derselben untergeordnete Spezial- (Schutz- oder Revier-) Kommissionen zu bilden waren; zu jeder dieser Spezialkommissionen musste wenigstens ein Arzt oder Wundarzt, ein Polizei- oder Kommunalbeamter und mehrere von den Vertretern der Gemeinde zu erwählende Mitglieder derselben gehören. In ähnlicher Weise bestimmt auch § 10 Abs. 3 des neuen Gesetzes, dass in grösseren Städten die städtischen Behörden (oder, wie § 3 der Geschäftsanweisung sagt: die städtischen Vertretungen) Unterkommissionen für einzelne Bezirke bilden können; jedenfalls aber muss denselben nach § 3 der Geschäftsanweisung ein Arzt als Mitglied angehören und derselbe Paragraph bestimmt ferner, dass in den Beschlüssen über die Bildung von Unterkommissionen die den Letzteren zuzuweisenden Bezirke und Geschäfte, sowie das Verhältniss zu der Gesammtkommission näher zu bestimmen ist; insbesondere ist anzugeben, in welchen Fällen zu den Vorschlägen oder Gutachten der Unterkommission die *Zustimmung* der Gesammtkommission erforderlich ist. Die von der Polizeibehörde, dem Gemeindevorstande oder der Aufsichtsbehörde erforderten Gutachten sind in der Regel von der Gesammtkommission zu erstatten. Wir finden also im neuen Gesetze eine bestimmte Abgrenzung des Geschäftskreises der Gesammtkommission von dem der Unterkommissionen, welche im alten Regulativ nicht vorhanden war und, weil sie über diese Abgrenzung Klarheit schafft, als Fortschritt zu begrüssen ist.

Ueber die Dauer der Wahlperiode enthielt das Regulativ keine Angaben; dagegen bestimmt § 4 der neuen Geschäftsanweisung, dass dieselbe durch Beschluss der städtischen Vertretung festzusetzen ist, aber mindestens sechs Jahre betragen soll; ferner, dass die Gewählten ihr Amt als Ehrenamt verwalten und dass die gesetzlichen Bestimmungen über die Verpflichtung der Annahme und über die Befugniss zur Ablehnung von Gemeindeämtern mit der Massgabe Anwendung finden sollen, dass die Ausübung der ärztlichen Praxis nicht als Ablehnungsgrund gilt.

§ 5 der neuen Geschäftsanweisung bestimmt noch, dass der Medizinalminister berechtigt ist, in grösseren Städten es bei der bisherigen Einrichtung und Zusammensetzung der alten Sanitätskommissionen zu belassen; wie aus den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses zu ersehen, ist hierbei in erster Linie an Berlin gedacht worden.

In ländlichen Gemeinden befindet „bei dem Mangel einer geeigneten Grundlage in den Landgemeindeverfassungsgesetzen“, wie die Begründung sagt, der Landrath über die Zusammensetzung, die Mitgliederzahl und den Geschäftsgang der Kommission laut § 10 des Gesetzes; die Mitglieder verwalten ihr Amt ebenfalls als Ehrenamt nach denselben Be-

stimmungen, wie in den Städten und es sollen ihr ebenfalls, so weit möglich, ein Arzt und ein Bauverständiger angehören.

In Stadtgemeinden von 5000 und weniger Einwohnern gelten für die Zusammensetzung der Kommission dieselben Bestimmungen wie bei den Städten über 5000 Einwohner, und in den Landgemeinden von 5000 und weniger Einwohnern dieselben Bestimmungen wie bei den Landgemeinden über 5000 Einwohner. Wie mir bekannt geworden, ist im hiesigen Bezirk einstweilen von der offiziellen Anordnung der Bildung von Gesundheitskommissionen in den Gemeinden unter 5000 Einwohner durch den Herrn Regierungspräsidenten abgesehen worden.

Der Kreisarzt kann nach § 10 Abs. 6 des Gesetzes an allen Sitzungen der Gesundheitskommissionen in Stadt und Land theilnehmen und darf jederzeit die Einberufung derselben verlangen. Während aber zuerst beabsichtigt war, dem Kreisarzte auch den Vorsitz in der Kommission, dann wenigstens ihm volles Stimmrecht zu verleihen, liess man später, und zwar im Wesentlichen in Folge des Einspruches der Städte, zunächst den Vorsitz als nicht vereinbar mit der Städteordnung, — nach welcher der Bürgermeister oder der von ihm dazu beauftragte Beigeordnete in allen Kommissionen den Vorsitz führt — und schliesslich auch das volle Stimmrecht fallen, weil, wie der Berichterstatter, Herr Oberbürgermeister Zweigert-Essen, im Herrenhause ausführte, es sehr zu wünschen sei, dass die Kommission eine wirklich städtische sei, damit ihre Beschlüsse möglichst als Beschlüsse der Gemeinde gelten könnten; dann dürfe man aber dem Kreisarzte kein Stimmrecht geben, denn sonst hätte ein Beamter Stimmrecht über Vermögensrechte der Stadt, der nicht von der Stadt oder ihren Organen gewählt sei, auch würde der Kreisarzt, wenn er mit berathender Stimme gehört werde, im Falle der Ablehnung nicht das niederdrückende Gefühl haben, niedergestimmt zu sein. Der Kreisarzt soll als ganz selbstständige, staatlich autorisirte Behörde in der Kommission sitzen, wie ein Redner ausführte, und dort selbstständig die staatlichen Interessen vertreten. Gelingt es ihm nicht, die Kommission zu überzeugen, so theilt er seine Gründe dem Polizeiverwalter mit, während die Kommission angehalten wird, ihre Gegengründe anzugeben; dann kann der Polizeiverwalter seine Entscheidung treffen.

Trotz der Einwendung des Herrn Ministers, dass in dem Stimmrecht des einzelnen Mitgliedes doch kaum eine Gefahr für die städtischen Interessen enthalten sein könne, zumal dies Recht ja in den Städten vielfach den von diesen gewählten Stadtärzten zufallen würde, schloss sich das Haus den Ausführungen des Berichterstatters an und nahm die Bestimmung in der nunmehr zum Gesetz gewordenen Fassung, wie wir sie oben angeführt haben, an; auf Grund dieser hat nun der Herr Regierungspräsident zu Düsseldorf in einem konkreten Falle entschieden, dass der Kreisarzt nur berathende Stimme haben solle und es demselben nicht gestattet sei, die auf ihn gefallene Wahl zum stimmberechtigten Mitgliede der Gesundheitskommission anzunehmen.

Aufgaben.

Wenden wir uns nun den Aufgaben der Kommissionen zu. Das alte Regulativ bezeichnete sie als theils rathgebende, theils ausführende Behörden in der Art, dass die Ortspolizeibehörde dieselben in allen Fällen, wo sie ihrer Unterstützung oder Berathung bedurfte, berufen konnte, zugleich aber auch ihre Vorschläge anzuhören und darüber zu entscheiden hatte.

Die Einberufung der Kommission war also gänzlich in das Belieben der Ortspolizeibehörde gestellt. Dagegen sagt die neue Geschäftsanweisung in § 12, dass der Kreisarzt an allen Sitzungen der Gesundheitskommission theilnehmen kann und jederzeit die Einberufung derselben verlangen darf, dass er in allen ihren Verhandlungen berathende Stimme hat und jederzeit gehört werden muss; dass ihm von allen Sitzungen und zwar mit Ausnahme besonders dringlicher Eilfälle mindestens acht Tage vorher Kenntniss gegeben werden muss, die Sitzungsprotokolle ihm alsbald nach der Feststellung zugestellt werden müssen und dass die Gesundheitskommissionen an den regelmässigen Ortsbesichtigungen des Kreisarztes auf Einladung desselben nach Möglichkeit theilzunehmen haben. Die Dienstanweisung für Kreisärzte führt in § 17 noch aus, dass diese ihr Ersuchen um Zusammenberufung der Kommission unter Angabe der Gründe an den Vorsitzenden zu richten und den Sitzungen der Kommission an ihrem Wohnorte möglichst oft, den Sitzungen der Kommissionen ausserhalb ihres Wohnortes nur bei wichtigen Fragen, in der Regel mindestens einmal jährlich, beizuwohnen haben.

Ferner bestimmt § 14 noch, dass die Kommission mindestens alle drei Monate zu einer Sitzung zusammentritt, dass dieselbe regelmässige Sitzungstage festsetzen kann und dass die Anberaumung einer Sitzung auch dann erfolgen muss, wenn ein Drittel ihrer Mitglieder dies verlangt. Während also früher, wie schon erwähnt, die Einberufung der Kommission vollständig in das Belieben der Orts-Polizeibehörde gestellt war, sind jetzt regelmässige Termine angesetzt und ist ausserdem dem Kreisarzte ein wesentlicher Einfluss auf die Häufigkeit ihrer Zusammenberufung eingeräumt. Es ist aber wohl anzurathen, dass der Kreisarzt von seinem Rechte, die Einberufung zu verlangen, nur dann Gebrauch macht, wenn die Einberufung zu selten erfolgt oder wenn wirklich triftige Gründe für eine ausserordentliche Sitzung vorliegen, dass er dann aber auch mit seinem berechtigten Verlangen nicht zurückhält. Zu schroffes übereifriges Vorgehen wird hier, wie auch sonst, leicht Schaden stiften, während bei gemässigtem Vorgehen ein, wenn auch langsamer, so doch um so sicherer Fortschritt nicht ausbleiben wird.

Hören wir noch, was die Begründung des Gesetzes über die Aufgaben der Kommissionen im Allgemeinen sagt. Danach ging die Staatsregierung von dem Gedanken aus, „auf der Basis der Selbstverwaltung für die Zwecke des Gesundheitswesens besondere kollegiale Hilfsorgane ins Leben zu rufen, gewählt von Organen der Selbstverwaltung, welche das Vertrauen in Anspruch nehmen dürfen, dass sie nur Personen berufen, welche den Angelegenheiten der Gesundheitspflege ein warmes Interesse entgegenbringen und eine gründliche Kenntniss der sanitären, wirthschaftlichen und sozialen Verhältnisse ihres Wirkungskreises besitzen. Die Gesundheitskommissionen haben die Aufgabe, in Gemeinschaft mit dem Kreisarzte die gesundheitlichen Massnahmen der Polizeibehörden zu unterstützen, den betheiligten Selbstverwaltungs- und Polizeibehörden als berathendes und begutachtendes Organ zu dienen, über alle ihnen von diesen Behörden vorgelegten Fragen des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äussern und aus eigener Initiative denselben Vorschläge über die Beseitigung gesundheitswidriger Zustände, Verbesserung bestehender Einrichtungen und Einführung zeitgemässer Neuerungen zu machen. Gerade der Ausübung dieses Vorschlagsrechtes darf eine besondere Bedeutung zugemessen werden, nicht nur von dem Standpunkte der Gesundheitskommission selbst, deren Interesse und Arbeitsfreudigkeit durch eine solche Initiative gehoben wird, sondern auch, weil im Hinblick auf die Zusammensetzung des Kollegiums erwartet werden darf, dass bei den Vorschlägen alle für eine

sachgemässe Entscheidung in Betracht kommenden Gesichtspunkte, sowohl die der allgemeinen Verwaltung, als auch die sozialen, wirthschaftlichen und namentlich die finanzwirthschaftlichen, Berücksichtigung finden werden. Je mehr die Gesundheitskommissionen sich bewusst sein werden, dass eine sachgemässe Ausübung des Vorschlagsrechtes den Schwerpunkt ihrer Aufgaben bilden wird, um so fruchtbringender wird sich ihre Thätigkeit gestalten und desto sicherer wird der mit der Angliederung des staatlichen Gesundheitswesens an die Organe der Selbstverwaltung verbundene Zweck erreicht werden".

Innerhalb der Kommission selbst aber ist es zweifellos hauptsächlich der Kreisarzt, dessen Pflicht es ist, geeignete Vorschläge in dem besprochenen Sinne zu machen; denn er ist ja derjenige, dem die Ueberwachung der gesundheitlichen Verhältnisse in erster Linie obliegt, der sie durch seine Vorbildung und amtliche Thätigkeit kennen muss und kennen wird. „Es ist klar, dass sein, des staatlichen Medizinalbeamten, Zusammenwirken mit diesen aus der kommunalen Selbstverwaltung hervorgegangenen Kommissionen gerade in der Lokalinstanz von besonderem Werthe ist, wo die Bedürfnisse der öffentlichen Gesundheitspflege am unmittelbarsten und lebhaftesten hervortreten und die Anforderungen des wirthschaftlichen Lebens eine besondere Berücksichtigung verlangen; durch das gemeinsame Berathen und Handeln wird nicht nur eine erschöpfende und korrekte Feststellung der thatsächlichen Unterlagen der Beschlüsse bewirkt, sondern auch zugleich die Aussicht für die Geneigtheit der Selbstverwaltungskörper, die zur Einführung sanitärer Verbesserungen erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen, in wirksamer Weise gesteigert werden."

Wenn die alten Sanitätskommissionen laut § 6 u. ff. des Regulativs zum Zwecke der Verhütung und Beschränkung ansteckender Krankheiten eingerichtet worden sind, so entspricht diese Beschränkung der Wirksamkeit nicht mehr den Anforderungen des heutigen Gesundheitswesens, welche eine dauernde und alle Zweige des gesundheitlichen Lebens umfassende Thätigkeit verlangen. Freilich soll auch heute noch die Verhütung und Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten einen wesentlichen Theil der gemeinsamen Thätigkeit der Kommission mit dem Kreisarzte bilden, aber ausserdem soll sie in der bereits ausgeführten, weit umfassenderen Weise sich bethätigen.

In § 10 der Geschäftsanweisung werden nun diese soeben in allgemeinen Umrissen gezeichneten Aufgaben der Kommission eingehender zergliedert; dieselbe soll, um sich ein Urtheil über die Verhältnisse des Bezirks zu bilden, gemeinsame Besichtigungen aller derjenigen Anlagen, Einrichtungen u. s. w. vornehmen, welche das öffentliche Gesundheitswesen betreffen, während es im § 6 des alten Regulativs viel weniger bestimmt hiess, dass sie über den Gesundheitszustand des Bezirks „zu wachen habe"; ausser den Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten waren spezielle Aufgaben überhaupt nicht angegeben.

Es folgt nun im Einzelnen die Aufzählung der wichtigeren speziellen Aufgaben, welche dem Verwaltungs- und dem Medizinalbeamten aus ihrer gesammten bisherigen Thätigkeit bereits sehr wohl bekannt sind, ich kann mich daher über dieselben wohl einigermassen kurz fassen.

An erster Stelle steht, entsprechend der wichtigen Stellung, welche es heute in der öffentlichen sozialen und hygienischen Diskussion überall einnimmt, das Wohnungswesen, also die menschlichen Wohnstätten und zum dauernden Aufenthalte von Menschen bestimmten Räume, Massenquartiere, Herbergen, Asyle u. s. w.; sie sind zu besichtigen, sobald begründete Veranlassung zu der Annahme vorliegt, dass sie nach ihrer Beschaffenheit oder Benutzungsart den sanitären Vorschriften nicht entsprechen. Es bedarf ja hier kaum der Ausführung, dass die Entstehung und Verbreitung ansteckender Krankheiten durch enge und ungesunde Wohnungen ausserordentlich begünstigt wird und zwar nicht nur bei den selteneren, wie Pest, Cholera, Flecktyphus, sondern vor Allem auch bei den bei uns einheimischen Krankheiten, so besonders der Tuberkulose.

Zur Beseitigung der herrschenden Missstände in Stadt und Land ist aber, wie der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege noch in seiner Versammlung zu Köln im Jahre 1898 betonte, in erster Linie eine geregelte Wohnungsbeaufsichtigung erforderlich; stehen einer wirksamen, behördlichen Regelung auch sehr grosse Schwierigkeiten entgegen, so werden doch um so grösser die segensreichen Folgen einer solchen für das Volkswohl sein. Erfreulicher Weise ist nun für den Regierungsbezirk Düsseldorf bereits am 21. November 1895 eine Polizeiverordnung erlassen worden, welche sehr anregend und fördernd gewirkt hat und manche Missstände sind auf Grund derselben beseitigt worden und zwar ohne erhebliche Zwangsmassregeln, wie speziell für Düsseldorf seitens seines Oberbürgermeisters auf der erwähnten Versammlung konstatirt wurde; derselbe bezeichnete den mit dieser Verordnung gemachten Versuch, eine regelmässige Wohnungsbesichtigung durchzuführen, als geglückt; die Kommissionen sind also in unserem Bezirke in der Lage, sich an bestimmte Normen bei ihren Besichtigungen zu halten.

Zweitens kommt in Betracht die Art der Ansammlung und Beseitigung unreiner Abgänge auf den einzelnen Grundstücken sowohl für die gesammte Ortschaft (menschliche und thierische Exkremente, Haushaltungsabfälle und Abwässer), Beschaffenheit der Leitungen (Rinnsteine, geschlossene Kanäle), Verbleib der Schmutzwässer, Zustand der Strassen, Reinigung derselben. Auch diese Fragen sind in den letzten Jahren sehr lebhaft diskutirt worden und als sehr willkommene Frucht dieser Erörterungen ist im Reichsgesundheitsrath aus hervorragenden Verwaltungsbeamten, Hygienikern, praktischen Aerzten und Technikern eine besondere Abtheilung für Wasserversorgung der Städte und Beseitigung der Abfallstoffe einschliesslich der Reinhaltung der Gewässer gebildet worden als technische Behörde mit gutachtlichem Charakter, nicht nur für die Einzelstaaten, sondern auch für die Gemeinden. Für den preussischen Staat ist ausserdem noch eine besondere Anstalt am 1. April dieses Jahres ins Leben gerufen worden, nämlich die Königlich preussische Landesanstalt für Wasser- und Abwässerangelegenheiten, zu deren Unterhaltung in dankenswerther Weise von zahlreichen Gemeinwesen, insbesondere auch innerhalb des diesseitigen Bezirks, namhafte, fortlaufende Beiträge zur Verfügung gestellt worden sind. Da die Frage, welches System der Abwässerbeseitigung sich gerade für eine bestimmte Stadt eignet, oft sehr schwierig und wegen der hohen Kosten die Empfehlung eines bestimmten Systems mit grosser Verantwortung verknüpft ist, so wird es den Kommissionen oft sehr willkommen sein, wenn sie der Stadtverwaltung empfehlen können, sich an diese wissenschaftlichen Anstalten um Rath zu wenden; für die Kommission wird immer noch Detailarbeit genug übrig bleiben.

Ebenso verhält es sich mit dem dritten Aufgabengebiete, der Wasserversorgung des Ortes, also der centralen Leitung, Wasserentnahmestellen, Reinigungsverfahren, Zustand der Leitungen, den Brunnen aller Art, ihrer Lage zu Düngerstätten und Jauchegruben u. s. w. Auch auf diesem Gebiete wird besonders dort, wo eine centrale Leitung fehlt, in Stadt und Land recht viel zu thun sein, da ja, wie hier nicht weiter

ausgeführt zu werden braucht, die allgemeine Versorgung mit gutem Trinkwasser eine der wichtigsten hygienischen Aufgaben bildet und man nicht nur auf dem Lande, sondern auch in den älteren Vierteln der Städte noch recht häufig auf diesem Gebiete die grössten Missstände findet.

Als weitere Aufgaben für die Thätigkeit der Gesundheitskommissionen bieten sich dann noch die Sorge für die Reinhaltung der Flussläufe, die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genussmitteln, Schaffung von öffentlichen Schlachthäusern, Nahrungsmittel-Untersuchungsämtern, Besichtigung von Schulen, Armen- und Krankenhäusern, Badeanstalten, Begräbnissstätten, sowie die Anregung von Neubauten bezw. Neuanlagen auf diesen Gebieten, wo die Verhältnisse solche erfordern.

Die gemeinsame Besichtigung aller dieser Anlagen, Bauten und Zustände soll nach § 11 der Geschäftsanweisung mindestens alljährlich einmal in der Regel stattfinden; da in grösseren Städten dies von einer Kommission kaum in vollem Umfange wird ausgeführt werden können, so wird das gesammte Arbeitsgebiet an Unterkommissionen zu vertheilen sein; werden dann von diesen erhebliche Missstände gefunden, so wird event. eine gemeinsame Besichtigung durch die Gesammtkommission anzuordnen sein.

Droht aber das Auftreten einer gemeingefährlichen Krankheit, so werden häufigere Besichtigungen stattfinden müssen, insbesondere in den Ortstheilen, welche durch ihre ungünstigen Verhältnisse ohnehin schon zu Bedenken Veranlassung gegeben haben.

Das in § 12 der Geschäftsanweisung geregelte Verhältniss der Gesundheitskommissonen zum Kreisarzt ist bereits weiter oben ausführlich besprochen worden; ebenso die Frage des Vorsitzes bei den Verhandlungen und der Häufigkeit der Sitzungen. § 13 u. ff. enthalten formale Bestimmungen über die Geschäftsordnung, deren Besprechung hier wohl übergangen werden kann.

Von besonderem Interesse für den Kreisarzt ist noch die Bestimmung des § 12, nach welchem die Kommission sowohl als auch der Vorsitzende allein berechtigt sind, in geeigneten Fällen Sachverständige mit berathender Stimme zu den Verhandlungen zuzuziehen; sie sind also auch nicht etwa an das Gutachten des Kreisarztes und der anderen ärztlichen oder sonstigen sachverständigen Mitglieder gebunden, und es ist bei sehr schwierigen Fragen leicht denkbar, dass von dieser Bestimmung Gebrauch gemacht wird. Meines Erachtens kann diese Zuziehung für den Kreisarzt bei klugem Vorgehen nicht etwa als Zurücksetzung empfunden werden, sondern als willkommene Unterstützung, welche ihm die Verantwortung erleichtert.

Fassen wir zum Schlusse die Verbesserungen, welche uns das neue Gesetz über die Gesundheitskommissionen gebracht hat, nochmals kurz zusammen, so sind es folgende:

1. Auch die Landgemeinden mit mehr als 5000 Einwohnern müssen jetzt Kommissionen bilden.

2. Es sind bestimmte Garantien für die Beständigkeit der Thätigkeit und für das thatsächliche Stattfinden regelmässiger Sitzungen in bestimmten Mindestzwischenräumen gegeben.

3. Dem Kreisarzte ist ein wesentlich grösserer Einfluss auf die Thätigkeit der Kommissionen eingeräumt.

4. Die Aufgaben der Kommissionen sind erheblich erweitert, bestimmter ausgesprochen und abgegrenzt.

Zu bedauern ist hingegen, dass denselben keine verwaltende Thätigkeit, kein Beschlussrecht mit bindender Kraft zuerkannt worden ist.

Der weitere Ausbau der vom Reichsversicherungsamt bearbeiteten Unfallstatistik für das Jahr 1897.

Von

Dr. **Meser**-Weimar.

Im Jahre 1899 wurde vom Reichsversicherungsamt eine Statistik der Unfälle herausgegeben, die in gewerblichen Betrieben sich ereignet hatten und für welche im Jahre 1897 zum ersten Mal eine Entschädigung festgestellt worden war. Dieselbe soll in ihrer jetzigen Fassung eine Grundlage abgeben für allgemeine statistische Forschungen, sowie für weitere Vorschriften betreffs der Unfallverhütung.

Ein besonderes Interesse für Aerzte wäre hieraus allein schwer herzuleiten, jedoch beim Durchlesen der Statistik, namentlich des letzten Theiles derselben, zeigt sich, welches grosse Material für die ärztliche Wissenschaft hier noch der Bearbeitung harrt, das jetzt zum grössten Theil — weil für die Berufsgenossenschaften schon erledigt — bei Seite gelegt wird, uns aber noch manche Aufschlüsse geben kann über Fragen, über deren Beantwortung wir zur Zeit noch nicht vollkommen einig sind.

Es wäre deshalb wünschenswerth, wenn, auf den gegebenen Unterlagen fussend, die Unfälle, für die im Jahre 1897 zum ersten Mal eine Entschädigung gezahlt wurde, weiterhin bearbeitet würden unter Berücksichtigung dessen, was mit dem Unfall, mit seinen Folgen und der hieraus entsprungenen Erwerbsbeschränkung, soweit dieselben der ärztlichen Thätigkeit in Behandlung und Beurtheilung unterliegen, im Zusammenhang steht.

Ich komme hierauf noch eingehender zurück und gebe zuerst eine etwas ausführlichere Besprechung der Unfallstatistik selbst.

Bearbeitet wurde dieselbe in ähnlicher Weise, wie die ebenfalls vom Reichsversicherungsamt herausgegebene Statistik für 1887; nur ist die für 1897 weitgreifender und ausführlicher geworden.

Bearbeitet wurden beide auf Grund von Zählkarten; die für 1897 verwertheten enthielten Angaben über die Zeit und die Ursache des Unfalles, die Art und Weise der Verletzung; — es war Veranlassung, Ort und Hergang des Unfalls, sowie Maschine, Vorgang oder Arbeitsverrichtung, wobei der Unfall sich zutrug, zu schildern. Der Betrieb, in dem sich der Unfall ereignet hatte, war nach Gegenstand, Betriebstheil und Art zu bezeichnen. Vor- und Zuname, Alter des Verletzten, die Beschäftigung zur Zeit des Unfalls war anzugeben, weiter, ob der Verunglückte ein geübter oder ungeübter Arbeiter. Zuletzt war die Reihe des Verletzten, sein anzurechnender Arbeitsverdienst, sowie im Falle der Tödtung die Anzahl der Hinterbliebenen zu verzeichnen. Die Umfrage 1887 bezog sich nur auf die damals bestehenden gewerblichen Berufsgenossenschaften; für 1897 wurden mit einbezogen die Baugewerks- und die Tiefbau-Berufsgenossenschaften, sowie sämmtliche Ausführungsbehörden.

Im Ganzen wurden ausgefüllt 45971 Karten, gegen 15970 für 1887.

In Betracht kommen hierbei diejenigen Personen, für die im Jahre 1897 zum ersten Male überhaupt eine Entschädigung gezahlt wurde. Es sind demnach in den Zählkarten nicht nur diejenigen Personen inbegriffen, die im Jahre 1897 einen Unfall erlitten haben, sondern auch diejenigen, die schon vorher verunglückt waren, für die aber erst 1897 eine Entschädigung festgestellt worden ist.

Zur Verhältnissberechnung der Verunfallten mit den Versicherten überhaupt — um einen Anhaltspunkt über die Unfallhäufigkeit zu erhalten — wurde von den Berufsgenossen-

schaften angegeben, wie viel Arbeitstage im Betriebjahr 1897 von den Arbeitern ihrer Betriebe geleistet wurden. Diese Zahl wurde durch 300 getheilt und so die Zahl der sogenannten „Vollarbeiter“ ermittelt.

Die Statistik, die in drei Heften vorliegt, bietet in ihrem ersten Theil:

1. Die örtliche Vertheilung der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Betriebe und versicherte Personen) und die Unfallhäufigkeit nach Reichsgebietstheilen.
2. Die von entschädigungpflichtigen Unfällen betroffenen Betriebe, die Unfallereignisse und die hierbei Verletzten.
3. die Zeit der entschädigungspflichtigen Unfälle.
4. Art der Verletzung und verletzte Körpertheile.

Beigefügt sind den Heften Karten, graphische Darstellungen und eine Anzahl ausführlicher Tabellen.

Um nun zu der Besprechung des ersten Abschnitts („örtliche Vertheilung“) zu kommen, so waren im Deutschen Reich im Jahre 1887 319453 Betriebe bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften versichert, die Zahl ist bis 1897 auf 455417 gestiegen: auf 10000 Einwohner berechnet eine Zunahme von 18,93. Auch die Zahl der versicherten Personen ist gestiegen: für das Deutsche Reich betrug die Zahl 1887 3816560; 1897 5991453; auf 10000 Einwohner eine Zunahme von 321,89.

Angefügte Tabellen geben eine Uebersicht über die Vertheilung der durchschnittlich versicherten Personen der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf die Bundesstaaten.

Was die Zunahme der Unfallhäufigkeit anbetrifft, so befindet sich das Reichsversicherungsamt im Einverständniss mit den Berufsgenossenschaften, die dieselbe bedingt sehen durch die vermehrte Durchführung der Vorschriften über die Anmeldung der Unfälle, durch die Einstellung nicht genügend angelernter und eingeübter Arbeiter, durch die häufigere Verfolgung von Entschädigungsansprüchen und der immer bekannter werdenden wohlwollenden Auslegung des Begriffes „Betriebsunfall“ in der Rechtsprechung. Weiterhin sagt der Bericht: „Ein Hochstand der Industrie und des gewerblichen Lebens wird neben seinen Lichtseiten der Regel nach mit dem Schatten erhöhter Unfallzahlen zu rechnen haben.“

Für die Jahre 1886 bis 1897 stellt sich die Zahl der Verletzten:

	absolut	auf 1000 versicherte Personen:
1886:	9723	2,80
1887:	15970	4,14
1888:	18809	4,35
1889:	22340	4,71
1890:	26403	5,36
1891:	28289	5,55
1892:	28619	5,64
1893:	31171	6,03
1894:	32797	6,25
1895:	33728	6,24
1896:	38538	6,72
1897:	41746	6,97.

Zwei angefügte Karten und Tabellen geben eine Uebersicht über die Häufigkeit der Unfälle für 1897, gezählt am Sitze des Betriebes, berechnet auf 100 qkm und auf 1000 Vollarbeiter zu je 300 Arbeitstagen.

Für das gesammte Reich kommt bei einem Flächeninhalt von 540657,60 qkm und bei 42889 Verletzten 7,93 auf 100 qkm. Bei den Berufsgenossenschaften ist die Zahl der Betriebe, in welchen sich entschädigungspflichtige Unfälle ereignet haben, von 3,20 auf 5,32 unter Berechnung auf 100 Betriebe gestiegen, d. h. in dem zehnjährigen Zeitraum sind nicht nur die Unfallzahlen gestiegen, sondern die vermehrten Unfälle haben auch einen grösseren Theil der Betriebe betroffen.

Den 45444 Unfällen, die im Jahre 1897 entschädigungspflichtig waren, stehen 45971 Verletzte gegenüber, also bei 338 Unfällen wurden mehrere Personen verletzt. Die meisten Unfälle mit mehreren Personen ereigneten sich beim Verkehr zu Wasser, beim Bergbau, bei der chemischen Industrie, die wenigsten bei den Holzberufsgenossenschaften.

Von den 45971 Verletzten waren 44083 Männer, 1888 Frauen, 95,89 Prozent : 4,11 Prozent. Nimmt man bei 6558624 insgesammt Versicherten 5064579 Männer, 149405 Frauen an, so dürfte die Unfallhäufigkeit für 1897 auf 0,870 : 0,126 zu berechnen sein, d. h. die Unfallhäufigkeit der Männer, zu der der Frauen beträgt annähernd 7 : 1.

Angefügte graphische Darstellung und Tabellen berechnen für die gewerbliche Unfallversicherung insgesammt die Häufigkeit und die Folgen der Unfälle wie nachstehend:

Unfälle überhaupt 45971; hiervon hatten nach den Stand von Mitte Mai 1898 zur Folge eine Erwerbsunfähigkeit von

unter 25 %	28369	% d. Gesammtsumme	61,71	auf 1000 Vollarbeiter 4,99
25-50 „	8009	„ „ „	17,42	„ „ „ 1,41
50-75 „	2531	„ „ „	5,51	„ „ „ 0,44
75-100 „	2188	„ „ „	4,76	„ „ „ 0,38
den Tod	4874	„ „ „	10,60	„ „ „ 0,86

Die Statistik der Unfallfolgen wird späterhin insoweit thatsächlich berichtigt, als sich die Folgen mit Ausnahme der um ein Geringes noch zunehmenden Todesfälle mit den Jahren bessern. Als erfahrungsgemäss nimmt das Reichsversicherungsamt an, dass 4 Jahre nach dem Jahre der erstmaligen Festsetzung einer Entschädigung wesentliche Aenderungen in der Unfallfolge nicht mehr eintreten.

Der Zeit nach finden sich die meisten Unfälle in den Monaten Juli und September, etwas geringer im August. Vom Oktober an sinkt die Ziffer bis April, um im Mai und Juni wieder zu steigen.

Von den Tagen der Woche nimmt 1887 wie 1897 der Montag die höchste Stelle ein, dann kommt 1897 der Dienstag; Mittwoch und Donnerstag ist die Ziffer gleich, Freitag gleich Sonntag am geringsten, um am Sonnabend wieder zu steigen. 1887 dagegen hatte der Mittwoch dem Dienstag und Donnerstag gegenüber eine auffällige Steigerung; der Freitag sogar mehr Unfälle als der Sonnabend. Der Bericht schliesst hieraus: „Es ist abgesehen von den an sich wohl zutreffenden Erwägungen vorbezeichneter Art*) sehr wohl möglich, dass die ganzen Unterschiede der Unfallhäufigkeit der Tage im Wesentlichen auf neutrale Gründe zurückzuführen sind.“

Von den Tagesstunden sind die Vormittagsstunden von 9–12 am Höchsten belastet, danach die Nachmittagsstunden von 3–6. Eine graphische Darstellung, sowie eine Tabelle über die Unfallhäufigkeit der Stunden von 6–9, 9–12 Montag Vormittags, sowie 3–6 und 6–9 Sonnabend Nachmittags zeigt bei der Annahme, dass auf 3 Stunden im Durchschnitt des ganzen Jahres ein Unfall entfällt, eine erhöhte Unfallhäufigkeit für diese Tage, somit eine Bestätigung des Wachsens der Unfallhäufigkeit mit der Ermüdung resp. mit der Arbeitsdauer. —

Bei Feststellung der Art der Verletzungen und der verletzten Körpertheile sind als Verletzungen unterschieden:

1. Verbrennungen, Verbrühungen, Aetzungen . . 3,56 Proz.
2. Wunden, Ansteckungen, Knochenbrüche etc. . 94,73 „
3. Fälle des Erstickens . . . . 0,41 „

*) Uebermüdung durch Vergnügungen des Sonntags, Arbeitsermüdung für Sonnabend.

4. Fälle des Ertrinkens . . . . 0,80 Proz.
5. Sonstige tödtl. Verletzungen (Erfrieren, Blitzschlag) 0,47 „

Als bemerkenswerth wäre hier anzuführen, dass von den Augenverletzungen 62,13 Prozent durch Eindringen von Splittern hervorgerufen worden sind, und dass 24 dieser Verletzungen = 0,83 Proz. aller Augenverletzungen den Verlust der Sehkraft beider Augen zur Folge gehabt haben.

Von Verletzungen, die eine Beeinträchtigung des Gehörvermögens zur Folge hatten, sind 57 Fälle registrirt.

654 Leistenbrüche wurden 1897 bei den gewerblichen Unfallversicherungen entschädigt d. i. 1,42 Prozent aller Verletzungen. Gegenüber 1887 ist diese Prozentzahl etwas zurückgegangen. Auffällig hoch ist der Satz bei den Ausführungsbehörden, 178 = 5,80 Prozent. Den höchsten Prozentsatz erreicht die Marineverwaltung mit 23,26 Prozent d. h. auf 86 Verletzungen 20 Leistenbrüche. Diese auffallend hohen Zahlen, sagt der Bericht, werden wohl auf eine wohlwollende Prüfung der Ansprüche der Arbeiter durch die Ausführungsbehörden zurückzuführen sein.

Nach Tabelle 4 der Statistik stellt sich die Vertheilung der Verletzungen auf die Körpertheile wie folgt:

Summa der 1897 zum ersten Mal entschädigten Verletzungen **45971**.

Summa der Verbrennungen, Verbrühungen etc.	**1637**
„ mehrerer Körpertheile, ganzer Körper	536
„ einzelner Körpertheile (Arme od. Beine)	504
„ der Augenverletzungen allein	597

Summa der Wunden, Quetschungen, Knochenbrüche etc. **43549**.

Summa der Arme allein	17430
„ der Beine „	11589
„ von Kopf und Hals	2500
„ der Augenverletzungen allein	2308
„ vom Rumpf	5484
„ mehrerer Körpertheile zugleich	3891
„ des ganzen Körpers	347
Erstickt	**203**
Ertrunken	**365**
Sonstige Verletzungen, Erfrieren, Blitzschlag etc.	**217**

Von den 17430 Armverletzungen verliefen tödtlich 120 = 0,688 Prozent, von den 11589 Beinverletzungen verliefen 246 tödtlich = 2,123 Prozent.

Der zweite Theil der Unfallstatistik behandelt in seiner ersten Abtheilung:

1. Die Ursachen der Unfälle.
2. Alter und Geschlecht der Verletzten.
3. Die entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen der getödteten Personen.
4. Rentenbeträge und Rentenbezugsdauer nach dem Grade der Erwerbsfähigkeit.
5. Die Unfallhäufigkeit nach den Gruppen der Industrie.
6. Die Unfallbelastung nach Betriebseinrichtungen und Vorgängen, bei welchen sich Unfälle ereigneten.
7. Sonstige Ergebnisse, insbesondere die Verletzten nach ihrem Hauptberuf zur Zeit des Unfalles.

Die Grundsätze, die für die Feststellung der Ursache der Unfälle massgebend sind, sind bekannt genug, um sie nach dem Wortlaut des Berichtes aufführen zu müssen; an der Hand der Tabellen ergiebt sich, dass zurückzuführen sind auf:

unvermeidliche Betriebsgefahr	18878	Unfälle	= 42,05 %
die Schuld des Arbeitgebers	7547	„	= 16,81 %
die Schuld des Arbeiters	13419	„	= 29,89 %
die Schuld des Arbeitgebers und Arbeiters zusammen	2092	„	= 4,66 %
die Schuld von Mitarbeitern und anderen Personen	2370	Unfälle	= 5,28 %
auf sonstige Ursachen, Blitz, Zufälligkeiten	590	„	= 1,31 %

Nach eingehender Berechnung der für die Unfälle gezahlten Entschädigungen kommt der Bericht zu dem Schluss, dass der Unfallverhütungstechnik noch die Aufgabe obliegt, die „unvermeidliche Betriebsgefahr“ nach Kräften herabzumindern, dass der Arbeitgeber darauf zu achten hat, dass die getroffenen Schutzvorrichtungen vorhanden sind und gebraucht werden können, weiterhin dass die Arbeiter selbst gewissenhafter bei der Arbeit sind. „Denn nicht nur vom Gesichtspunkte der allgemeinen Wohlfahrt, sondern ebenso von dem der Sonderinteressen der Arbeitgeber sowohl als auch der Arbeiter aus ist es erwünschter, als die auskömmliche Entschädigung, dass Unfälle vermieden werden, dass die Arbeiter unverletzt im Besitz ihrer ungeschmälerten Arbeitskraft dem Staat, dem Betrieb, ihren Familien und sich selbst erhalten bleiben.“

In Betreff des Alters und des Geschlechtes der Verletzten (einige Daten wurden schon im ersten Heft gegeben) kommt der zweite Abschnitt unter Zugrundelegung der Berufs- und Gewerbezählung vom 14. Juni 1895 und bei Berechnung der Zahl der Verletzten auf 1000 Versicherte desselben Alters und Geschlechtes zu folgendem Resultat:

Altersklassen:	Männliche — Arbeiter:	Weibliche
unter 16 Jahren	2,7	1,6
16 bis unter 18 „	3,6	1,6
18 „ „ 20 „	4,3	1,3
20 „ „ 30 „	6,2	1,6
30 „ „ 40 „	10,1	1,9
40 „ „ 50 „	13,6	2,5
50 „ „ 60 „	15,3	3,2
60 „ „ 70 „	16,0	2,6
70 Jahre und darüber	9,9	1,1

Daran angefügt wird eine kurze Zusammenstellung, wie sich Alter und Geschlecht zu den Ursachen der Verletzungen verhalten.

Aus den nächsten Abschnitten ist wenig hervorzuheben, was einiges Interesse für den Arzt hätte. Kurz sei nur noch die Unfallbelastung nach den Betriebseinrichtungen und Vorgängen, bei welchen sich die Unfälle ereigneten, besprochen. Von den laufenden Unfällen, die 1897 überhaupt zu entschädigen waren, haben sich 54872 an Maschinen ereignet = 23,85 Prozent. Am Gesammtbetrag der Entschädigungen fällt auf diese Unfälle nur 7382171,79 Mark = 16,80 Prozent; hier nehmen die erste Stelle ein die Unfälle, die sich ereigneten durch Zusammenbruch, Einsturz, Fallen von Gegenständen etc. mit 9664663,39 Mark = 21,99, obwohl die Zahl der Unfälle nur 40537 = 17,62 Prozent betrug; noch auffälliger ist das Verhältniss der Unfälle zu den gezahlten Entschädigungen bei den Unfällen, die sich ereigneten durch Fall von Leitern, Treppen, Sturz in Vertiefungen etc. Es wurden gezahlt 6616741,64 Mark, für 28616 Unfälle. Aus dem Vergleich der Zahlen darf wohl auf die Schwere der Verletzungen geschlossen werden. Im Ganzen waren zu entschädigen im Jahre 1897 230095 Unfälle.

Die zweite Abtheilung des zweiten Theiles, an Umfang der voluminöseste beschäftigt sich lediglich mit den Betriebseinrichtungen und -Vorgängen, bei welchen sich entschädigungspflichtige Unfälle ereigneten und die im Jahre 1897 zum ersten Male entschädigt wurden. Dieser Bericht bezweckt einmal zu zeigen, ob und inwiefern den einzelnen Betrieben eine mehr oder minder grössere Gefährlichkeit innewohnt (einiges wurde schon im vorigen Heft erwähnt), sodann unter Anführung besonders beachtenswerther Unfälle

mit eingehender Darstellung des Unfallherganges zu erwägen, ob und wie sich in Zukunft derlei Unfälle verhüten lassen. Berufsgenossenschaften, Verwaltungs- und Aufsichtsbehörden finden hier ein reiches Material zu weiterem Ausbau der Unfallverhütungsmassregeln. Aus dem grossen Reichthum des Inhaltes sei nur kurz Einiges hervorgehoben:

Eine grosse Zahl der geschilderten Unfälle sind lediglich hervorgerufen durch oft unbegreiflichen Leichtsinn der Arbeiter; sie achten wenig oder gar nicht mehr der Gefahr, der sie sich tagtäglich gegenübersehen.

So tritt ein Arbeiter von einem erhöhten Standpunkt wissentlich auf die im Gang befindliche Welle einer Maschine, um einen Stützpunkt zum Abspringen auf den Boden zu bekommen; ein anderer durchkriecht, um auf kürzerem Weg zu seiner Arbeitsstelle zu gelangen, die Einfriedigung einer im Gang befindlichen Welle, wird bei den Haaren erfasst, mehrfach herumgeschleudert und stirbt in Folge einer vollständigen Zerschmetterung des Kopfes. Das Hineingreifen in das im Gang befindliche Getriebe einer Maschine, um etwas in Unordnung gerathenes wieder zu richten, erscheint als etwas fast alltägliches.

Diese Nichtbeachtung der Gefahr hat natürlich auch ihre Kehrseite. Und es liegt nahe, daran zu denken, dass ein derartiger unvorsichtiger Arbeiter, wenn er durch irgend einen kleineren Unfall wieder daran erinnert wird, welche Gefahr ihn umgiebt, voll Schrecken die Gefahr nun grösser sieht, als sie in Wirklichkeit ist und sich dann schwer oder gar nicht mehr zur Wiederaufnahme der Arbeit entschliessen kann.

Es widersteht ihm aber, dies als Grund seiner Arbeitsunfähigkeit anzugeben und er versucht nun den Unfall und die Schmerzen, die er sich hinzudenkt, hierfür verantwortlich zu machen.

Bei den Maschinen allein ereigneten sich 11 384 Unfälle. Hiervon kommen auf die Transmissionen 715, von letzteren allein durch Transmissionsriemen herbeigeführt 456, und hiervon wurden lediglich durch die Schuld der Arbeiter bedingt 266.

An Kreissägen „ereigneten sich 1031 Fingerverletzungen, darunter 3 mit tödtlichem Ausgang, 26 Armverletzungen, 13 Beinverletzungen, darunter 1 Todesfall, 18 Augenverletzungen, darunter 1 Todesfall, 8 sonstige Gesichtsverletzungen, 3 Schädelbrüche, darunter 2 Todesfälle, 25 Unterleibsverletzungen, darunter 16 Todesfälle, 14 sonstige Verletzungen als Brust- und Schulterverletzungen, Rippen- und Leistenbrüche, darunter 2 Fälle mit tödtlichem Ausgange.“

Auch hierbei fallen auf die Schuld der Arbeiter allein 326 Unfälle.

Durch Fall in Vertiefungen (Kellerräume, Brunnen etc.) entstanden 784 Unfälle, 166 = 21,17 % tödtlich.

Im Fuhrwerksbetrieb ereigneten sich 2927 Unfälle; 388 = 13,26 % Verunglückte erlagen den Verletzungen.

Im Eisenbahnbetrieb der Staatsbahnen ereigneten sich 1045 Unfälle, die in 364 Fällen den Tod zur Folge hatten = 34,85 %.

Durch Thiere wurden 418 entschädigungspflichtige Unfälle veranlasst, von diesen verliefen 52 = 12,44 % tödtlich.

So wurde nach dem Bericht „ein Arbeiter von einem unruhig gewordenen Pferde im Stall derartig gegen die Krippe gedrückt, dass ihn der Ring, welcher an der Krippe zum Anbinden der Pferde befestigt war, gerade in die Magengegend drückte, woraus sich später eine tödtlich verlaufende Krebserkrankung entwickelte.“

Als Kuriosum mag folgendes Erwähnung finden: „Von einem Schwein wurde ein Probenehmer für Trichinenschau umgerannt und erlitt einen Knochenbruch.“

Durch Hunde wurden 12 Personen verletzt und zwar sechs durch Bisse. Ueber den Verlauf dieser Verletzungen ist nichts gesagt.

Bei Handhabung von Handwerkszeug (Hämmer, Messer, Beil etc.) ereigneten sich 1642 Unfälle; 56 = 3,41 % verliefen tödtlich. Auffallend oft ist hier als Folgezustand der Verletzungen Blutvergiftung erwähnt.

So sagt u. A. der Bericht: „Die bei der Zubereitung der Häute erlittenen Verletzungen führten sehr häufig zu Blutvergiftungen, weil die Zersetzungsprodukte der Hautbestandtheile dabei in die Wunde gelangten.“

Durch elektrische Leitungen wurden 19 Unfälle verursacht; 10 = 52,63 % verliefen tödtlich; Alle bis auf einen waren durch elektrische Schläge herbeigeführt worden.

So kam ein Arbeiter in einer Zuckerraffinerie dadurch zu Tode, dass er ein eisernes Rohr berührte, mit welchem der elektrische Leitungsdraht in Folge eines Fehlers der Isolation Kontakt erhalten hatte. Soweit die Besprechung. — Für den Arzt selbst, vor Allem für den, der sich mit Ausarbeitung der Unfallgutachten beschäftigt, der die Unfälle nach ihren Folgen zu beurtheilen hat, erstmalig wie in Berufungssachen, bietet die vorliegende Statistik nicht allzuviel, sie zeigt ihm aber — wie Eingangs schon erwähnt —, welches grosse Material hier noch der Bearbeitung harrt. Beim Durchlesen derselben, namentlich des letzten Heftes, drängt sich unwillkürlich der Wunsch hervor, auch die Unfälle in ihren Folgen für den Verletzten selbst, nicht nur mit Hinblick auf die prozentuale Erwerbsunfähigkeit eingehend bearbeitet zu sehen.

Für den Vertrauensarzt, wie für den Schiedsgerichtsarzt, und für den Oberbegutachter geben seither die überaus zahlreichen ärztlichen Gutachten, verglichen mit der Entwickelung und dem Ablauf der Folgen des Unfalles, sehr dankenswerthe Aufschlüsse, um Vieles genauer beurtheilen zu können, als dies bis jetzt vielfach der Fall sein dürfte. Ich erinnere hierbei nur an den oft sehr fraglichen Zusammenhang von Trauma und verschiedenen Nervenleiden, an das noch unterschiedlich beurtheilte Gebiet der traumatischen Hysterie, der traumatischen Neurasthenie, namentlich in seinen Anfängen. Warum stellt sich nach schweren Traumen verhältnissmässig rasch wieder völlige Erwerbsfähigkeit ein, während auf der anderen Seite eine anscheinend sehr leichte Verletzung unheilbare Alteration der Psyche bedingt! Ist es möglich, klarer darzulegen, welche Faktoren zusammenwirken, um die Entstehung zu begünstigen und wie lässt sich der Eintritt der Krankheit überhaupt vermeiden! Es dürfte sich wohl der Mühe verlohnen, an der Hand so reichlicher Unterlagen — über die Hälfte sämmtlicher Unfälle (c. 23 000) betrifft Quetschungen etc. des Kopfes, des Rumpfes, mehrerer Körpertheile, ganzer Körper — den Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheiten überhaupt, Tuberkulose, bösartigen Geschwülsten etc., insbesondere statistisch zu beleuchten, von Neuem darzustellen, zu beurtheilen. Auch für weitere medizinische Kreise könnte dies von grösstem Interesse werden. Auf solches Material gestützt, würden sich für Manches wesentlich neue Grundlagen für Abfassung von Gutachten, wie für die Rechtsprechung in Unfallsachen ergeben.

Die grossen Schwierigkeiten, die sich bei der Bearbeitung des Materials — die vorerst eine Durchsicht sämmtlicher Akten erfordert — herausstellen werden, lassen sich bei geeigneter Vertheilung wohl überwinden. Die erste Bedingung wäre die Aufstellung eines Verzeichnisses der Verletzungen und der Erkrankungen; an der Hand dieses ist dann bei entsprechender Theilung die Arbeit leichter zu bewältigen.

Zudem dürfte sich das Jahr 1897 zu einer solchen Bearbeitung am besten eignen, da einerseits gewisse Grundlagen schon gegeben sind, andererseits vier Jahre seitdem verflossen

sind und nach Annahme des Reichsversicherungsamtes vier Jahre nach dem Jahr der erstmaligen Feststellung einer Entschädigung erfahrungsgemäss wesentliche Aenderungen in den Unfallfolgen nicht mehr eintreten.

Wird auf der einen Seite danach gestrebt, die Unfälle nach Möglichkeit zu verhüten, muss es auf der anderen Seite unser Bestreben sein, die Folgen der Unfälle, soweit dieselben Erwerbsunfähigkeit bedingen, auf das geringste Mass herabzusetzen; wie das möglich sein wird, lässt sich ebenso an der Durchsicht eines grossen diesbezüglichen Materials zeigen, wie das Reichsversicherungsamt durch Darstellung der Vorgänge des Unfalles Fingerzeige gegeben hat, zum weiteren Ausbau der Unfallverhütung.

Referate.

Chirurgie.

Zwei Fälle von durch Naht geheilten Stichverletzungen des Zwerchfells. Transdiaphragmatische Leber- und Nierennaht.

Von Prof. Dr. Karl Schlatter, Sekundärarzt der Züricher chirurgischen Klinik.
(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 34.)

Beide Fälle trugen den Einstich in den unteren Theilen des Brustkorbs, beide legten die Nothwendigkeit, dem Verlauf des Stichkanals durch Erweiterung der äusseren Wunde nachzugehen, nahe; der eine Fall, in welchem nach 8 cm langer Resektion der IX. Rippe, die durch den Stich durchtrennt war, sich eine Durchbohrung des Zwerchfells, tiefer Leberstich und Verletzung der r. Niere ergab, durch bedrohliche Anaemie und Erbrechen, der andere Fall durch Dyspnoe, Cyanose und erheblichen Bluterguss in der r. Pleurahöhle, bei ihm wurde, ebenfalls nach Rippenresektion (VIII. r. Rippe an der Knochenknorpelgrenze) ein Stich ins Zwerchfell mit starker Blutung ohne Verletzung des Bauchfells konstatirt. Im ersten Falle wurde Leber, Niere, Zwerchfell, Pleura von der Brustwunde aus genäht und auch die äussere Wunde primär geschlossen. Im 2. wurde nach Unterbindung des stark blutenden Zwerchfellgefässes die Zwerchfellwunde genäht und nach Ausräumung der Blutgerinnsel aus der Pleurahöhle die Pleura- und Hautwunde bis auf eine Drainlücke vereinigt, das Drain am 10. Tage entfernt.

Beide Fälle heilten glatt mit einmaliger Temperatursteigerung bis 38,4.

Diese beiden Erfahrungen bestätigen von Neuem, dass bei zweifelhafter Natur von Thoraxstichwunden eine operative Kontrole der Wundverhältnisse angezeigt ist. Seelhorst.

Ein Fall von Nierenzerreissung; Ausschneidung und Heilung.

Von Dr. Daniel D. Lee.
(The Lancet, 24. August 1901.)

Ein Arbeiter von 19 Jahren musste in das Cattering-Hospital aufgenommen werden, da er zwischen zwei schwere Tragelasten gerathen war und dadurch schwere Verletzungen davongetragen hatte. Bei der ersten Untersuchung im Krankenhaus befand er sich im äussersten Kollaps, dabei war er ausserordentlich aufgeregt und unruhig und verlor in reichlicher Menge Blut durch die Harnröhre. Auch in der nächsten Zeit war sein Zustand sehr ernst, häufig bestand Delirium und zeitweise unaufhörliches Erbrechen. Pulszahl und Temperatur waren beträchtlich erhöht. Am Ende der ersten Woche konnte man am Rücken zwischen der letzten Rippe und dem Darmbeinkamm eine schlecht abgrenzbare Geschwulst fühlen, die allmählich wuchs und Fluktuation zeigte. Mehrmalige Probepunktion hatte keinen Erfolg. Man hatte die Ansicht, dass es sich um einen perinephritischen Abscess handele und entschloss sich zu einer Operation, welche vom Rücken her in der bekannten Weise vorgenommen wurde. Ehe man noch die Niere mit dem Messer erreichte, kam man auf eine Flüssigkeit enthaltende Membran, aus welcher eine kleine Menge übelriechenden Urins entleert wurde. Man drainirte und verband. Da aber trotz der Operation Fieber und Erbrechen nicht nachliessen, entschloss man sich bald, zum zweiten Mal operativ vorzugehen, entfernte bei dieser Gelegenheit die ganze Membran und entleerte dabei eine ungeahnt grosse Menge von Urin und Eiter. Darauf besserte sich das Allgemeinbefinden wesentlich. Der Wundverlauf war günstig, nur eine Urinfistel blieb zurück. Da ohne Entfernung der Niere die Beseitigung der Fistel kaum möglich war, rieth man dem Verletzten zu einer dritten Operation, zur Entfernung der Niere. Dass dieselbe nicht unversehrt war, war ohnedies sicher, da sich im Verband mehrmals kleine Stücke abgestossenen Nierengewebes fanden. Der Verletzte überstand auch diese Operation sehr gut und genas vollständig. Franz Meyer-Berlin.

Bisherige Kasuistik und Bemerkungen über den Gebrauch von Alkohol in der Behandlung von Karbolsäureätzungen und -Vergiftungen.

(Vortrag in der Februarsitzung der Nord Hudson County Medical Society in Union Hill. N. J. 1901.)
Von Dr. F. Pirkner,
prakt. Arzt in Union Hill New Jersey. Ver. Staaten v. Nordamerika.
(Deutsche Praxis 1901 No. 13.)

Hinweisend auf die von Phelps inaugurirte Methode der Behandlung von Eiterhöhlen mit reiner Karbolsäure und nachheriger Auswaschung derselben mit absolutem Alkohol führt Verfasser mehrere Fälle an, in welchen der nach Trinken reiner Karbolsäure unvermeidliche tödtliche Ausgang durch Eingiessung von Alkohol in Pharynx und Magen verhindert und die Patienten geheilt wurden. Wenn auch die Hilfe sehr schnell kommen muss (ein über eine Viertelstunde langes Verweilen der Karbolsäure im Körper vor Einführung des Alkohols schon macht dessen Heilwirkung illusorisch), so ist seiner Ansicht nach doch in allen Fällen von Vergiftung durch Einführung reiner Karbolsäure in den Körper die Rettung durch Alkohol zu versuchen. Damit nachher nicht wieder der Alkohol vergiftend wirkt, ist derselbe nach einigen Minuten durch Ausspülung des Magens zu entfernen. Hierauf können lösliche Sulfate gegeben werden, ausserdem die gebräuchlichen stimulirenden Methoden. In sehr verzweifelten Fällen Aderlass und Kochsalzinfusion.

Die Brauchbarkeit des Alkohols zur Behandlung von Karbolsäureverätzungen der äusseren Bedeckung geht aus den Versuchen von Phelps von selbst hervor. Seelhorst.

2 Fälle von Karbolgangraen.

Von Knappschaftsarzt Dr. Fischer in Castrop.
(Münch. Med. Wochenschr. 1901 No. 32.)

Die selbständig unternommene, nur 2 Tage fortgesetzte Behandlung kleiner Fingerwunden mit 1,7 Prozent Karbollösung führte bei 2 Brüdern Gangrän der beiden Endglieder der verletzten Finger herbei, die zur Exarticulation zwang.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Herzbefund bei Caissonarbeitern.

Von Dr. Hornung-Schloss Marbach am Bodensee.
(Münch. med. Wochenschr. 1901. No. 37.)

Mit Genehmigung der Kaiserlichen Werftdirektion in Kiel hat der Verf. methodisch die Einwirkung der Pressluft auf

die Herzthätigkeit der Caissonarbeiter untersucht, indem er sich mit den Leuten in die Schleusse einschliessen liess und bei stufenweise zunehmendem Luftdruck Pulskurven aufnahm und die Herzgrösse feststellte.

Ganz regelmässig erweiterte sich das Herz mit dem Zunehmen des Druckes sowohl in der Höhe als auch in der Breite und zwar mehr nach rechts als nach links. Es handelt sich um ganz erhebliche Unterschiede, bis zu 5 cm in der Breite und etwa 2,5 cm in der Höhe. Ebenso übereinstimmend war die Herzgrösse unmittelbar nach dem Wiederausschleussen nach gethaner Arbeit genau so gross wie die in 15 m Tiefe gemessene.

Verschieden verhielt sich dagegen die Pulszahl, in einigen Fällen sank sie, in andern stieg sie anfangs und sank nachher wieder, bei einem dritten Typ stieg sie andauernd. Auch der Einfluss der Arbeit im Caisson auf die Herzgrösse war kein gleichmässiger, meist wurde das Herz während der Arbeit wieder etwas kleiner.

Diese Untersuchungen bezogen sich auf eine viel langsamere Einschleussung, als sie im Allgemeinen üblich ist. Verf. stellte auch einige Versuche an, bei denen er die Einschleussung soweit beschleunigen liess, als er es eben vertrug. Bei einem Theil der Versuchspersonen wurde hierdurch eine stärkere Herzvergrösserung als bei langsamer Einschleussung erzielt, während für andere die Verhältnisse gleichblieben, allerdings lassen sich die Arbeiter, wenn sie allein sind, noch viel rascher, in höchstens drei Minuten, versenken.

Wie lange nach dem Ausschleussen die Herzvergrösserung anhält, konnte Verf. aus äusseren Gründen nicht feststellen.

Die Veränderungen beruhen offenbar auf dem gesteigerten Druck in den äusseren Gefässen, welchen die Pressluft bedingt. Sie gehen höchstens binnen einigen Stunden bei gesundem Herzen ohne dauernden schädlichen Einfluss vorüber. Die Arbeiter fühlen sich nach ihrer Thätigkeit durchaus wohl und sind nur sehr müde.

Zur Beurtheilung der bei der sogenannten Caissonkrankheit vorkommenden Schwindelerscheinungen kann Verf. einen nicht uninteressanten Beitrag liefern. Man nimmt nämlich bisher an, dass dieser Schwindel auf gesteigertem Druck im Ohrlabyrinth beruhe und stellt daher nur Leute mit gesunden Ohren an. Nun hatte Hornung, während er seine Versuche anstellte, zufällig eine frische Mittelohreiterung mit Durchbohrung des Trommelfelles; er hätte also den gesteigerten Labyrinthdruck in erhöhtem Masse erfahren müssen. Statt dessen empfand er das Ausbleiben des sehr lästigen Druckgefühls am Trommelfell nur angenehm und merkte durchaus keinen Schwindel. Ohne ein massgebliches Urtheil abgeben zu wollen, vermuthet er, dass der Caissonschwindel auf Blutstauung im Gehirn bei nicht einwandsfreiem Gefässsystem beruht.

Ueber eine Art trachealer Haemoptoë.

Von Dr. Georg Avellis-Frankfurt a. M.
(Münchener med. Woch. 1901, No. 34.)

Ein in mittleren Jahren stehender, kräftiger Herr, der nie an Husten gelitten hat, klagt seit Wochen über Bluthusten, der sich zuerst nach einer grösseren Radtour eingestellt hat. Es fängt immer damit an, dass ein paar dunkle Blutklümpchen ausgestossen werden, dann folgt eine gewisse Menge klaren, hellrothen Blutes. Zunge, Nase und Kehlkopf sind andauernd einwandsfrei.

Genaueres Befragen ergiebt, dass der Patient mehr als zehn Jahre lang an ungemein hartnäckiger Stuhlverstopfung mit Hämorrhoidalblutung gelitten hat. Verfasser hat nun folgende Ueberlegung angestellt: Das starke Pressen, welches zur Erzielung von Stuhlgang bei chronischer Verstopfung nothwendig ist, bewirkt allerlei Venenstauungen. Ferner aber erfolgt beim Pressen ein Verschluss der Stimmritze, welcher dann beim Nachlassen der Bauchpresse plötzlich gelöst wird. In diesem Augenblick strömt die Luft aus dem Luftröhrensystem sehr rasch aus, und es wird eine Ansaugungswirkung auf die Schleimhaut der Luftröhre ausgeübt. Dieser Einfluss gesellt sich zu der allgemeinen Stauung hinzu, um eine Erschlaffung und gegebenen Falls eine Zerreissung der Luftröhrenvenen zu bewirken.

Thatsächlich fand A. mit dem Kehlkopfspiegel in den Räumen zwischen den oberen Luftröhrenringen erweiterte Venen und sah dort auch Blutstropfen austreten.

In der Literatur fand er ähnliche Vorkommnisse nur bei einigen italienischen Autoren verzeichnet.

Schwere spontane Nasenblutung nach einer Ausräumung adenoider Vegetationen.

Von Dr. Max Hagedorn-Hamburg.
(Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandl., Bd. V., Heft 4, S. 120.)

Bei einem 17jährigen Mädchen entfernte H. mit dem Gottstein'schen Instrument die Rachenmandel; die Blutung stand auf Gurgelungen mit kaltem Wasser vollkommen nach 10 Minuten. 2 Stunden darauf trat heftige Blutung aus der rechten Nase auf; H. wurde sieben Stunden nach der Operation hinzugerufen und stellte eine „spontane Oberflächenblutung" aus den vorderen Theilen der Nasenhöhle fest, die er durch Tamponade stillte. Die Blutung stand, doch einige Zeit darauf blutete es vor seinen Augen aus der linken Nase. Auch hier stellte er eine „allgemeine Oberflächenblutung" fest, die er ebenfalls durch Tamponade zum Stillstand brachte.

H. sucht nach einer Erklärung der Blutung, die aus der Konstitution der Operirten nach keiner Richtung hin zu erklären war. Da die Operation drei Tage vor dem zu erwartenden Eintritt der immer sehr reichlichen Menses auftrat, so wurde an einen Zusammenhang mit diesen Verhältnissen gedacht; doch trat die Regel am programmmässigen Tage in unverminderter Stärke ein.

Die einfachste Erklärung ist doch wohl die, den Gedanken an ein „spontanes" Auftreten der Blutung (eigentlich im unmittelbaren Anschluss an die Operation!) aufzugeben und die Ursache in der Operation zu suchen, bei der ja ein Gefäss ganz oben und hinten am Septum narium verletzt sein konnte, das seinen sickernden Blutstrom nicht in den Nasenrachenraum, sondern am Septum entlang fliessen liess, und zwar erst rechts am Septum entlang und dann, als hier der Weg verlegt war, links. — Kalte Gurgelungen nach der Operation lässt Ref. nicht vornehmen. Richard Müller.

Neurologie.

Ueber einen Fall von pathologischem Wandertrieb.

Von L. Löwenfeld.
(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Bd. XXI. 1901. Aug.)

Ein interessanter Beitrag zur Kenntniss der bei uns in Deutschland in letzter Zeit gewürdigten Zustände, die durch einen plötzlich auftretenden und gewöhnlich sich realisirenden Trieb zu äusserlich unmotivirten Wanderungen oder selbst grösseren Reisen sich charakterisiren.

Es handelte sich im vorliegenden Falle um einen jungen Menschen mit geringer, erblicher neuropathischer Belastung: im ersten Lebensjahre erhebliche Kopfverletzung, anscheinend ohne ernstere Folgen. Mit 12 Jahren Abnahme des Lerneifers, vielleicht auch der Lernfähigkeit, Lesewuth für bestimmte

Jugendschriften wie die von May. Im Alter von 13—16 Jahren 5malige Entweichung, anscheinend motivlos, darunter mehrmals während der Schulzeit. Vor den Entweichungen Verstimmung mit Appetit- und Schlafmangel, Abnahme der Arbeitsfähigkeit; dann Auftreten des Zwangsimpulses, fortzugehen, um durch neue Eindrücke die peinliche Gemüthsstimmung zu beseitigen. Der Impuls wurde übrigens wohl eben so oft durch Gegenvorstellungen (Furcht vor der Strafe) erfolgreich bekämpft. Die Reisen werden mit grösster Ueberlegung vorbereitet; dabei wird den abenteuerlichen Ideen obiger Jugendschriften nie etwa Rechnung getragen. Wandertrieb und gemüthliche Depression hören gleichzeitig auf.

Die Fälle von krankhaftem Wandertrieb gehören im Grossen und Ganzen zur Epilepsie oder Hysterie, oder es handelt sich nach Raymond um „fugues des dégénérés ou psychasthéniques". Bei der Epilepsie zeigt das Verhalten des Gedächtnisses die verschiedensten Schwankungen; bei der Hysterie haben wir eine besondere Form des hysterischen Somnambulismus, und hierbei kommt Amnesie ziemlich regelmässig vor. Bei den Degenerirten fehlt meist die Amnesie. Hinsichtlich der psychischen Motive zur Wanderung findet sich kein durchgreifender Unterschied bei den 3 Formen; meist liegt die dunkle oder deutlich bewusste Zwangsidee vor, fortzugehen, die bisherige Beschäftigung oder Umgebung zu verlassen; und dieses gemeinsame Kennzeichen wird dadurch erklärlich, dass psychische Zwangszustände oft bei Hereditariern anzutreffen sind.

L. lässt es dahingestellt, ob die Entweichungen seines Patienten als psychisch-epileptische Aequivalente oder als Folgen eines mit einem periodischen Depressionszustande zusammenhängenden Zwangszustandes auf hereditärer psychopathischer Grundlage aufzufassen sind. Ernst Schultze.

Ueber zwei seltene Formen von Gesichtskrampf.

Von W. v. Bechterew.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Bd. XX. 1901. Aug.)

Es handelt sich nicht um einfache Krampfbewegungen der Gesichtsmuskulatur, wie bei den gewöhnlichen Formen des Facialis-Krampfes, sondern um zusammengesetzte, assoziirte Gesichtsmuskelkrämpfe, um eine Art Reproduktion gewisser zusammengesetzter physiologischer Muskelkrämpfe im Gebiete des Antlitzes. Das eine Mal war es eine Lachbewegung (Lachtic), das andere Mal Schnupfbewegung.

Ernst Schultze.

Zur Aetiologie der Facialislähmung nach Spontangeburten.

Von Frank.

(Centralbl. f. Gyn. No. 20. 1901.)

Diese Fälle sind überhaupt selten und scheinen verschiedene Ursachen haben zu können, die nicht immer leicht zu ermitteln sind. Während in mehreren Fällen von Vogel der Druck von Exostosen am platten Becken direkt auf den Nerven als Ursache angesehen wird, bringt Verf. in seinem Falle eine andere Ursache. Bei der einen mit starkem Hängebauch behafteten Frau nimmt er an, dass die Schulter gegen die Ohrgegend so stark gedrückt hat, dass dadurch die beim Neugeborenen dort gefundene flache Vertiefung mit folgender totaler Facialislähmung entstanden sei. Schwarze.

Lähmung des Halssympathicus.

Von Purves Stewart.

(The British Medical Journal 8 June 1901.)

Bei der Heimreise von Südafrika an Bord des Hospitalschiffes Simla wurde ein Patient beobachtet, welcher bei der tropischen Hitze, die herrschte, nur auf der einen Seite seines Gesichtes schwitzte. Der Kranke war ein Soldat von dreissig Jahren, welcher vor $2^1/_2$ Monaten auf der linken Seite des Nackens durch ein Mausergewehr verletzt worden war. Zur Zeit, als er getroffen wurde, lag er auf der Erde, und zwar auf dem Gesicht, im Begriffe, nach dem Feinde zu schiessen. Die Kugel drang auf der linken Seite des Nackens $1^1/_2$ Zoll unter dem Warzenfortsatz ein und kam durch den 7. rechten Zwischenrippenraum in der hinteren Achsellinie wieder heraus. Im Augenblick der Verletzung fühlte der Getroffene einen elektrischen Schlag durch den Körper gehen, und zwar im Besonderen im rechten Arm. Derselbe wurde mit einem Male gänzlich gelähmt. Der Verletzte spuckte Blut und hatte Schluckbeschwerden. Am 4. Tage war die Temperatur, die vorher angestiegen war, wieder normal, nach 3 Wochen hörte das Blutspeien auf. Der rechte Arm, welcher erst gänzlich gelähmt war, gewann, allmälig beginnend in den Fingern und schrittweise aufsteigend bis zur Schulter, seine Kraft wieder. Seit der Verletzung war die Sehkraft des rechten Auges herabgemindert. Beim Fixiren eines entfernten Gegenstandes schien ein Nebel vor das Auge zu treten. Auch bemerkte der Kranke, dass er auf der rechten Seite des Gesichtes und des Nackens und am rechten Arm nicht schwitzte.

Bei der ärztlichen Untersuchung im März 1901 zeigte sich folgender Befund: Der Kranke ist ein Mann von Intelligenz und körperlicher Kraft. Die Eingangs- und die Ausgangsnarbe des Geschosses befinden sich an der beschriebenen Stelle. Es findet sich keinerlei Atrophie an den Muskeln der rechten Schulter und des rechten Arms. Nur die Kraft der Bewegungen ist hier etwas vermindert, im Besonderen ist die Opposition des rechten Daumens geschwächt. An der Innenseite der ganzen rechten oberen Extremität von der Schulter bis zu den Fingern findet sich ein Bezirk, an welchem die Schmerzempfindlichkeit leicht herabgesetzt ist. Ferner ist auf dem Rücken des Armes zu dem äusseren Rand desselben sich erstreckend und am Ringfinger und dem kleinen Finger auf der Dorsal- wie auf der Palmar-Seite das Schmerzgefühl vermindert. Andere Gefühlsstörungen sind nicht nachweisbar.

Die rechte Pupille ist kleiner als die linke; sie reagirt in normaler Weise auf Lichteinfall und Convergenz, erweitert sich aber nicht in der Dunkelheit. Der Cilio spinal-Reflex ist nur auf der linken Seite vorhanden. Die rechte Lidspalte ist kleiner als die linke. Rechterseits besteht leichter Enophthalmus, der linke Augapfel scheint etwas zurückgesunken zu sein. Der Verletzte schwitzt stark, ausgenommen am Gesicht, an der Kopfhaut, am Nacken und Rumpf der rechten Seite und dem ganzen rechten Arm; in diesen Theilen bleibt die Haut trocken. Dieser Bezirk ist genau durch die Mittellinie begrenzt.

Ohne Zweifel hatte die Verletzung ursprünglich den ganzen rechten Plexus brachialis betroffen, da zur Zeit der Verletzung der ganze Arm gelähmt war. Der weitere Verlauf zeigte, dass der grössere Theil des Plexus jedenfalls nur eine Quetschung erlitten hatte, einige Fasern aber entschieden zerrissen wurden, welche den hinteren Wurzeln des 8. Cervicalnerven und des 1. und 2. Nervus thoracicus angehören, ferner der 1. vorderen Nervenwurzeln des thoracicus. Die unteren Wurzeln des Plexus brachialis sind demnach hauptsächlich betroffen. Der deutlichste Beweis hierfür ist die völlige Lähmung des Sympathicus cervicalis. Die hierdurch hervorgerufenen Krankheitssymptome sind oben ausführlich beschrieben. Am wichtigsten und interessantesten ist dabei der scharf abgegrenzte Theil, wo Schweissabsonderung vollkommen fehlt.

Franz Meyer-Berlin.

Vergiftungen.

Ueber einen Fall von Chromsäurevergiftung.

Von Dr. Hans v. Baeyer.
(Münch. med. Woch. 1901, No. 31.)

In Folge eines Irrthums wurde einem Manne statt Schnaps Elementenfüllung dargereicht, er trank zwei kräftige Schlucke davon und hatte unmittelbar darauf heftige Schmerzen vom Schlunde bis zur Magengrube. In der Apotheke, in welcher das Unheil geschehen war, wurde ihm Kalkwasser, Milch und Ei verabreicht, worauf Erbrechen eintrat. Der Verunglückte blieb noch etwa eine Stunde in der Apotheke und fuhr dann nach Hause. Hier trat zunächst unstillbares Erbrechen ein, die Mundhöhle erschien verätzt, Wadenkrämpfe stellten sich ein. Am nächsten Tage enthielt der Harn sehr viel Eiweiss, es bestand hartnäckige Verstopfung, das Erbrechen dauerte fort. Sechs Tage nach der Vergiftung trat der Tod ein.

Die Sektion ergab eine Verätzung der oberen Abschnitte des Verdauungskanals bis zum Magen, Entzündung des Magens und Darms mit Blutungen in den Magen, Zwölffingerdarm und oberen Dünndarm, die Nieren waren akut entzündet, unter dem serösen Ueberzug des Herzens fanden sich punktförmige Blutaustritte.

Die Obduzenten dachten anfangs nur an die Möglichkeit einer Schwefelsäurevergiftung. Die chemische Untersuchung der Leichentheile erstreckte sich daher nur auf das Vorhandensein freier Schwefelsäure und fiel ergebnisslos aus. Erst nachträglich machte der zuständige Bezirksarzt darauf aufmerksam, dass die Induktionsflüssigkeit auf 400 T. Wasser ausser 40 T. Schwefelsäure 4 T. Quecksilbersulfat und 30 T. Kaliumbichromat enthält. Berücksichtigt man die chemische Wechselwirkung zwischen dem Chromsalz und der Schwefelsäure, so ergiebt sich, dass auf 400 gr Wasser nur 30 gr freie Schwefelsäure kommen.

Alle drei chemischen Substanzen — Schwefelsäure, Quecksilber und Chrom, vor Allem aber das letztere — kamen im vorliegenden Falle für die Vergiftung in Frage. Das Krankheitsbild entsprach durchaus der akuten Chromsäurevergiftung. Das Quecksilber mochte vielleicht an einem Theil der Krankheitserscheinungen mit Schuld tragen. Das Einzige, was nicht recht zur Chromsäurevergiftung stimmte, war die Verstopfung, welche wohl sicher auf Schwefelsäurewirkung zurückzuführen war.

Die Behandlung war, wie Verf. meint, nicht durchaus zweckmässig, da sie auf die schnelle Aufsaugung der Chromsäure in die Gewebe nicht genügend Rücksicht nahm. Viron hat als Gegengift Natriumsulfit empfohlen, welches gleichfalls rasch in die Gewebe eindringt und die Chromsäure in sehr viel weniger giftiges schwefelsaures Chrom umsetzt.

Es erfolgte eine Verurtheilung der Magd, welche irriger Weise das Gift verabfolgt hatte.

Aufgefallen ist uns, dass anscheinend der Apotheker, welcher dem Vergifteten die erste Hilfe angedeihen liess, es nicht für nöthig gehalten hat, einen Arzt zuzuziehen. Es ist doch garnicht unwahrscheinlich, dass bei geeigneter Behandlung das Leben des Verunglückten gerettet worden wäre!

Ein Fall von Stinkbomben-(Schwefelammonium-) Vergiftung.

Von Dr. A. Hess,
Assistenz-Arzt an der I. inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin.
(Deutsche Med. Wochenschr. 1901. No. 35.)

Als Stinkbomben wird ein „Scherzartikel" eigenthümlicher Art bezeichnet, der im Handel vertrieben wird und dazu dient, bei geselligen Vereinigungen einzelne Theilnehmer in peinliche Verlegenheit zu bringen. Es handelt sich um kirschgrosse Hohlkugeln aus Glas, die auf einer Seite in eine Spitze ausgezogen sind und mit Schwefelammonium gefüllt sind. Werden dieselben auf den Boden geworfen, zerbrechen sie und es entwickelt sich ein penetranter Geruch nach faulen Eiern.

Ein Unkundiger hatte eine solche Stinkbombe für eine Rizinuskapsel gehalten und nach Abbrechen des Stachels zum Munde geführt. Darauf verspürte er ein Brennen im Munde, es trat Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall und ein Druckgefühl im Leibe auf. Die Zunge war völlig weiss verätzt, ähnliche Verätzungen fanden sich streifenförmig an der hinteren Rachenwand, während die Gaumenorgane nur geröthet waren. Ueber den unteren Lungenpartien bestand leichtes Rasseln, aber ohne Husten. Die Heilung erfolgte glatt in wenigen Tagen.

Als Verfasser, um die ätzende Wirkung der Flüssigkeit zu prüfen, sich nur die Zunge damit benetzte, wurde er nicht nur von Uebelsein ergriffen, sondern hatte zwei Tage lang an heftigem Durchfall zu leiden. Die Entleerungen rochen in ungewöhnlich starkem Masse nach Schwefelwasserstoff.

Nach den Ausführungen H's. sind die Aetzungen eine Folge der Ammoniakwirkung, das Erbrechen erklärt sich, auch ohne dass Schwefelammonium direkt hinuntergeschluckt wird, aus dem ekelerregenden Geruch nach Schwefelwasserstoff, während man aus dem Durchfall doch wohl auf eine Aufnahme jenes giftigen Gases in den Körper schliessen muss. Auch in der Literatur sind bereits Fälle erwähnt, in denen das blosse Einathmen von Schwefelwasserstoff ähnliche Giftwirkungen gehabt hat.

Der Verfasser bezeichnet mit einem sehr milden Ausdruck die Stinkbomben als „durchaus nicht so harmlos und scherzhaft". Wir meinen, man kann ihre Verwendung geradezu einen gemeingefährlichen Unfug nennen, dem jetzt sicher behördlicherseits gesteuert werden wird.

Coffeïn bei Karbolvergiftung.

Von G. A. Ferraby.
(Brit. Med. Journal 14. Sept.)

Ein junger Mann, der Epileptiker war, hatte durch Schlucken von roher Karbolsäure Selbstmordversuch gemacht Erst nach 3 Stunden konnte die erste ärztliche Hilfe geleistet werden. Er lag in tiefem Coma, die Haut war kalt, bläulich verfärbt und mit Schweiss bedeckt; die Pupillen waren erweitert und unempfindlich auf Lichteinfall, die Athmung war erschwert, der Puls kaum fühlbar, der Kranke schien im Sterben zu liegen. Subkutane Einspritzungen von Apomorphin und Strychnin blieben erfolglos. Dann wurde der Magen ausgespült, dessen Inhalt nach Karbolsäure roch; doch schien die darin befindliche Menge Karbolsäure gering zu sein. Das Coma des Vergifteten war so tief, dass die Magenausspülung keinerlei Reaktion hervorrief. Es wurde nun als Gegengift Coffeïn versucht und davon etwa 0,15 g unter die Haut gespritzt: das Coffeïn war in Verbindung mit natron salicyl. in Wasser gelöst worden, dieser Lösung würden demnach etwa 0,3 g entsprechen. Nach einer Stunde war das Befinden etwas besser; die Einspritzung wurde in derselben Stärke wiederholt. Innerhalb eines Tages erholte er sich und dann trat allmähliche Besserung ein und schliesslich Genesung.

Franz Meyer-Berlin.

Augen.

Ueber die Nitronaphtalin-Trübung der Cornea.

Von Prof. Silex-Berlin.
(Zeitschrift für Augenheilk. V, 3. 1901.)

Verf. sah zwei Fälle einer eigenthümlichen Hornhauttrübung, welche durch Nitronaphthalindämpfe entstanden war.

Es waren hauptsächlich die centralen Theile der Hornhäute getrübt, bei Betrachtung mit dem Zeiss'schen Cornealmikroskop ergab sich, dass dicht unter der Oberfläche kleinste, durchsichtige Bläschen lagen, während in den mittleren Schichten der Hornhaut sich breitere, zum Theil überkreuzende Linien fanden. Auf der Höhe der Erkrankung war die Sehschärfe bis auf ein Fünftel resp. ein Siebentel herabgesetzt. Nach drei Monaten erfolgte Heilung. Groenouw.

Ein Fall von doppelseitiger subhyaloider Netzhautblutung durch Fall auf den Hinterkopf.

Von Dr. A. Obermeier-Bernburg.

(Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1901. Seite 298 bis 305.) [Mit Abbildungen.]

Ein 30jähriges Fräulein erleidet einen apoplectiformen Anfall, bei dem sie bewusstlos zusammenstürzt und sehr heftig auf den Hinterkopf fällt. Der Puls ist während des Anfalles sehr klein und kaum fühlbar, die Bewusstlosigkeit hält 20 Stunden lang an. Nach einigen Tagen fühlt sich die Kranke völlig wohl, dagegen bemerkt sie, seit sie wieder zum Bewusstsein erwacht ist, eine Sehstörung, als deren Ursache die Augenspiegeluntersuchung eine doppelseitige subhyaloide (praeretinale) Blutung ergiebt. Es findet sich auf beiden Augen nach aussen vom Sehnerven bis in die Gegend des gelben Fleckes reichend und denselben zum Theil bedeckend eine ovale Stelle, deren unterer Theil von einem nach oben hin gradlinig begrenzten Blutergusse eingenommen wird, während der obere Theil durchscheinend gelblich-röthlich gefärbt ist. Es ist dies das bekannte Bild einer zwischen Netzhaut und Glaskörper (Membrana hyaloidea) gelegenen Blutung. Das Extravasat wurde im Laufe von 10 Monaten allmählig aufgesaugt und die Sehschärfe erreichte schliesslich wieder normale Höhe. Verfasser führt die Blutung auf den heftigen Fall auf den Hinterkopf zurück. Groenouw.

Hygiene.

Die Beseitigung der Fäkalien und Abwässer des Lagers Lechfeld durch Einleitung in den Lech. Ein Beitrag zur Selbstreinigung der Flüsse.

Von Friedrich Böhm.

(Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. XXXIII, S. 456.)

Das Lechfeld, ca. 20 km von der Stadt Augsburg gelegen und Uebungsplatz für einen grossen Theil der bayrischen Armee, wird alljährlich von zahlreichen Truppen zum Zwecke militärischer Ausbildung benutzt. Zahlreiche Typhuserkrankungen, die unter den Mannschaften dort vorkamen, liessen es nothwendig erscheinen, statt der bisherigen primitiven Einrichtungen zur Entfernung der Abwässer und Fäkalien eine Schwemmkanalisation mit Kläranlage und Ableitung der geklärten Abwässer in den Mühlbach zu schaffen, und zwar wurde hierfür das System Shone-Merten gewählt. Der hierdurch erzielte Reinigungseffekt erwies sich als gänzlich unzureichend, da eine Sicherheit in Bezug auf eine merkbare Verminderung der Bakterien dadurch nicht gegeben war. Unter diesen Umständen entschloss sich die Militärverwaltung, die Abwässer direkt dem Mühlbach und weiterhin dem Lechfluss zuzuführen, in der Annahme, dass die Selbstreinigung des Flusses ausreichend sein werde, eine Verunreinigung des Lechflusses, in dessen Nähe die Stadt Augsburg ihr Trinkwasser entnimmt, hintanzuhalten. Diese Annahme wurde durch ein Gutachten des zuständigen Generaloberarztes bestätigt. Daraufhin wurde von dem Magistrat der Stadt Augsburg ein Gutachten des hygienischen Instituts der Universität München eingeholt, das zu dem Schluss kommt, dass auch bei event. zugegebener Verunreinigung des Mühlbachs oder Lechflusses mit Krankheitskeimen die Möglichkeit eines Hineingelangens der letzteren in die Fassungsanlagen der Augsburger Wasserleitung mit absoluter Sicherheit auszuschliessen ist, und dass mit Rücksicht auf die vorzügliche bakteriologische Selbstreinigung im Mühlbach noch vor der Einmündung in den Lechfluss auch die Gefahr einer nennenswerthen Verunreinigung des Lechflusses praktisch und mit Rücksicht auf den Badezweck als völlig ausgeschlossen erachtet werden muss.

Bezüglich der Einzelheiten muss auf die Ausführungen des Verf., der in den verschiedenen Stadien an den Verhandlungen dieser für die Stadt Augsburg ausserordentlich wichtigen Frage betheiligt war, verwiesen werden. Roth (Potsdam).

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für innere Medizin und Chirurgie.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Als Thema für die gemeinschaftliche Sitzung beider Gruppen war die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten auf der vorigen Naturforscherversammlung aufgestellt worden.

Quincke-Kiel, welcher den pathologischen und diagnostischen Theil des Referates übernommen hatte, stellt zunächst als Grundsatz auf, dass im Allgemeinen die Krankheitszustände der Lunge, bei denen es aus irgend einem Grunde zu einer grösseren Eiteransammlung gekommen ist, Gegenstand eines berechtigten und aussichtsvollen chirurgischen Eingriffs sein sollen, während alle anderen Erkrankungen, vielleicht mit Ausnahme der Geschwülste, der inneren Behandlung reservirt bleiben müssen.

Dann erörtert er in ausführlicher Weise die Diagnose der Abscesshöhlen. Die Höhlen in den Oberlappen zeigen den bekannten perkussorischen und auskultatorischen Befund, während diejenigen des Unterlappens denselben oft vermissen lassen. Ein grosser Werth ist auf die Untersuchung des Auswurfs zu legen, die Anwesenheit elastischer Fasern spricht fast stets für das Vorhandensein von Kavernen. — Es wird hierauf des Näheren die Diagnose der Verwachsungen beider Pleurablätter besprochen, doch kommt Verf. zu dem Schlusse, dass keine der Untersuchungsmethoden im Stande sei, eine solche mit Sicherheit festzustellen oder auszuschliessen. Operirt man in solchen Fällen, so kann man die grössten Enttäuschungen erleben und zwar stets zu Ungunsten des Kranken; es fehlen nämlich oft, besonders bei den in Folge von chronischer Bronchitis entstandenen Abscessen, die Verwachsungen vollständig, wo man sie auf das Sicherste nachgewiesen zu haben glaubte. Die Folge ist dann nicht selten die Infektion der Brusthöhle und der Tod des Kranken an Sepsis.

Die Indikationen zum operativen Eingriff, sowie auch die Erfolge sind für die verschiedenen Arten von Abscessen verschieden.

Die akuten einfachen Abscesse, welche besonders aus Pneumonieen hervorgehen, sollen, wenn nicht im Verlaufe von 3 bis 10 Wochen eine Ausheilung eintritt, operativ eröffnet werden. Nicht so lange ist zu warten bei akutem putriden Abscesse; hier ist wegen der Gefahr der Komplikationen, besonders der septischen Intoxikation, so bald wie möglich operativ einzugreifen. Bei beiden Arten von Abscessen ist der Ausgang der Operation in der grossen Mehrzahl der Fälle ein

günstiger; freilich wird auch besonders bei der putriden Form zuweilen ein Erfolg ausbleiben, namentlich wenn die Abscessherde, wie dieses häufig vorkommt, multipel auftreten.

Die chronischen Abscesse, welche im Allgemeinen schwer zu diagnostiziren sind, bieten nicht so günstige Chancen für die Operation. Sie sind häufig mit Bronchiektasien kombinirt, ihre Ursache oder auch ihre Folge. Ihre einfache Eröffnung genügt nicht; es muss gleichzeitig die Brustwandung durch Resektion von Rippen (Thorakoplastik) beweglich gemacht werden, damit ein Zusammenfallen der Höhle eintreten kann. Im äussersten Falle kann der von mehrfachen kleinen Höhlen durchzogene Abschnitt der Lungen resezirt werden.

Die Fremdkörperabscesse, die stets putride sind, eignen sich sehr gut für den chirurgischen Eingriff, wenn es auch bisher noch selten gelungen ist, den Fremdkörper von der Wunde aus zu entfernen.

Auch die Tuberkulose kann durch den operativen Eingriff günstig beeinflusst werden. Findet sich besonders im Oberlappen eine grössere oder mehrere kleinere Kavernen, so kann die Resektion mehrerer Rippen zwecks Immobilisation des Lappens vorgenommen werden, da unter den durch die Operation gesetzten günstigen Bedingungen eine Ausheilung eher zu erwarten ist.

Garré-Königsberg beleuchtet als Korreferent das Thema vom Standpunkte des Chirurgen. Die Operation bringt hauptsächlich zwei Gefahren mit sich,

1. die des allgemeinen Pneumothorax. Manche Chirurgen halten dieselbe für eine so grosse, dass sie nur in den Fällen zur Operation schreiten, in denen sicher Verwachsungen beider Pleurablätter bestehen. Wollte man jedoch nur unter dieser Voraussetzung operiren, so würde das Gebiet der Operation ganz ausserordentlich eingeschränkt; zudem lässt sich niemals mit vollkommener Sicherheit feststellen, ob Verwachsungen bestehen oder nicht. Man hat die Gefahr des Pneumothorax vielfach überschätzt. Sie besteht eigentlich nur in den Fällen, in denen die Oeffnung in der Wand des Brustkorbes grösser ist, als die Lichtung der Luftröhre bezw. der Stimmritze. Es tritt dann durch Herzverlagerung u. s. w. der Tod ein; die Ansichten über die eigentliche Ursache desselben sind jedoch noch nicht genügend geklärt. Murphy stellt sich den Vorgang in der Weise vor, dass das Mittelfell bei der Einathmung nach der gesunden Seite hin gezogen wird, während bei der Ausathmung ein Hinausdrängen desselben nach der kranken Seite erfolgt. Hierdurch wird sowohl eine genügende Füllung der Lunge mit Luft, als auch eine hinreichende Auspressung derselben unmöglich gemacht, und der Tod erfolgt, natürlich unter Hinzutritt der schwersten Erscheinungen von Seiten des Herzens, an Erstickung. Man würde also, um den bedrohlichen Zufällen aus dem Wege zu gehen, nur nöthig haben, das Mittelfell zu fixiren. Und in der That hören, wie sowohl durch Versuche an Thieren festgestellt, als auch bei Operationen an Menschen beobachtet wurde, die bedrohlichen Erscheinungen sofort auf, wenn mit einer Pincette das Mittelfell direkt oder durch Zug an den Lungen der kranken Seite indirekt gefasst wird. Bei Operationen von alten Empyemen tritt die in Rede stehende Gefahr fast niemals auf, da durch den langen Eiterungsprozess sich dicke Schwielen gebildet und das Mittelfell zu einer starren unnachgiebigen Wand umgewandelt haben.

2. Die andere Gefahr der Operation besteht in der Infektion, in der Pleuritis. Diese lässt sich nicht immer vermeiden; man sucht dieselbe durch Vereinigung beider Pleurablätter durch die Naht vor der Eröffnung des Lungenabscesses u. s. w. oder Annähung der Lungenwundränder an die äussere Haut nach Möglichkeit zu umgehen.

Bei der Operation der Lungeneröffnung haben wir drei Abschnitte zu unterscheiden:

a. die Thorakotomie, den Weichtheilschnitt, welcher genügend gross sein muss, damit von ihm aus später die eventuell nothwendig werdende Resektion mehrerer Rippen vorgenommen werden kann.

b. Die Pleurotomie. Dieselbe gestaltet sich meistens zu einer einfachen Inzision, da in 87 Prozent der Fälle eine Verwachsung beider Blätter vorliegt.

Besteht eine solche nicht, so kann man versuchen, sie durch Kauterisation, Aetzen mit Chlorzink u. s. w. künstlich zu erzeugen. Aber abgesehen davon, dass die Operation unter diesen Umständen abgebrochen und die Pneumotomie auf eine zweite Sitzung nach 4 bis 10 Tagen verschoben werden muss, sind die auf die angegebene Weise herbeigeführten Verklebungen höchst unsicher und ihr für den weiteren Eingriff erforderlicher Umfang, da man die Grösse des freizulegenden Lungenabscesses u. s. w. von vornherein nicht übersehen kann, nur selten im Voraus zu bestimmen. Weit besser und sicherer ist die Vereinigung beider Blätter durch die Naht, welche auf der einen Seite Rippenperiost, auf der anderen reichlich Lungengewebe mitzufassen hat. Muss an mehreren Stellen in die Lunge eingegangen werden, so wird die Brusthöhle tamponirt. — In den Fällen, wo das Lungengewebe noch weich und elastisch ist und die ganze Lunge zusammenfällt, ist diese schnell zu fassen und in die Inzisionsöffnung einzunähen: hierdurch wird gleichzeitig das Mittelfell fixirt und wie erwähnt, den bedrohlichen Erscheinungen ein Ende gemacht.

c) Die eigentliche Pneumotomie wird bei schwartigem dicken Lungengewebe mit dem Messer, bei weicher Beschaffenheit mit dem Pacquelin vorgenommen, nachdem man sich vorher durch Punktionen über den Sitz des Krankheitsherdes Gewissheit verschafft hat. Nach Abfluss des Eiters ist die Abscesshöhle trocken auszutupfen; eine Durchspülung darf niemals vorgenommen werden, da durch dieselbe die Gefahr einer Weiterverbreitung der Infektion, so wie die der Erstickung in hohem Grade wachgerufen würde.

In den Fällen von frischen Abscessen, Fremdkörpern, Eiterungen u. s. w. ist hiermit die Operation beendet. Handelt es sich aber um alte starrwandige Höhlen, so ist eine Ausheilung derselben unmöglich, wenn nicht die Resektion, Mobilisirung und Einstülpung der einen Abscesswand in dem Hohlraum vorgenommen wird. Da dieses in der Regel unterlassen wurde, ist bei den bisher operirten Kranken häufig eine lang bestehende eiternde Fistel zurückgeblieben und ein idealer Erfolg vereitelt worden. Die Resektion und Mobilisirung darf jedoch nur dann vorgenommen werden, wenn der allgemeine Kräftezustand des Kranken dieses noch gestattet; sonst ist sie auf eine zweite Operation zu verschieben.

Die Nachbehandlung besteht in Tamponade der Höhle. Ueble Zufälle treten selten ein. Am meisten zu fürchten ist die Nachblutung; gelingt es nicht, derselben durch feste Tamponade Herr zu werden, so wird das blutende Gefäss mit einem Schieber gefasst, welcher zwei Tage liegen bleibt.

Was die durch die Operation erzielten Resultate angeht, so sind dieselben bei der Tuberkulose noch nicht sehr zufriedenstellend. Es kann sich hier nur um die Eröffnung von einzelnen umschriebenen Abscessen handeln, denn die von Tuffier vorgenommene Abtragung eines ganzen Lungenlappens dürfte vor der Hand wenig Nachahmer finden. Von 47 operirten Fällen wurden 28 auf die Dauer von zwei bis fünf Jahren geheilt; eine dauernde Heilung ist bei der Natur des Leidens nur selten zu erzielen. In den meisten Fällen blieb eine Fistel zurück, besonders wenn es sich um starrwandige Höhlen handelte. Murphy hat in diesen Fällen die Lunge

durch Einspritzung von steriler Luft resp. von Stickstoff in den Pleuraraum von der Brustwand ab und in die Abscesshöhle hineingedrängt. Hierdurch wurde gleichzeitig eine Ruhigstellung der Lunge bewirkt, welche für die Ausheilung des Prozesses nur günstig sein kann.

Bedeutend günstiger sind die Resultate der Operation bei frischen Abscessen; hier wurden 87 Prozent Heilungen erzielt. Es ist möglichst früh zu operiren und die einfache Punktion zu Gunsten der breiten Eröffnung völlig zu verlassen.

Die an Lungengrangrän Erkrankten und Operirten weisen eine Mortalität von 34 Prozent auf, eine Zahl, die freilich noch recht ungünstig ist, jedoch gegenüber dem Nichtoperirten mit 75 bis 80 Prozent Todesfällen einen bedeutenden Fortschritt bedeutet.

Die Bronchiektasie konnte durch die Operation in 60 Prozent der Fälle zur Heilung gebracht worden; am meisten eignen sich für dieselbe einzelne grössere Höhlen im Unterlappen; unter 15 derartigen Fällen trat einmal der Tod nach der Operation ein.

Auch bei Lungenechinokokkus soll an die Stelle der Punktion die Pneumotomie treten, da erstere 90, letztere nur 25 Prozent Heilungen erzielte.

Fassen wir alle bis jetzt in der Literatur niedergelegten Fälle zusammen, so ergiebt sich bei ungefähr 400 Operationen eine Mortalität von 25 Prozent. Dieser hohe Prozentsatz ist hauptsächlich durch den ungünstigen Ausgang der ersten Operationen bedingt, während derselbe allmählig mit Zunahme der Erfahrungen und Ausbildung der Operationsmethoden ein immer günstigerer geworden ist.

Lenhartz-Hamburg demonstrirt in der Diskussion sechs operirte und geheilte Kranke. Anlässlich eines Falles, bei dem sich, obschon der ganze gangränöse Oberlappen durch die Operationswunde ausgestossen wurde, schon nach wenigen Monaten ein reines Vesikulär-Athmen über der Lungenspitze einstellte, regt er die Frage nach der Ausfüllung so grosser Wundhöhlen an. Nach seiner Ansicht nimmt die zurückgebliebene Lunge den freigewordenen Raum ein, doch dürfte auch eine Neubildung von Lungengewebe, wenn auch in geringem Grade, vorkommen. Bei einem anderen Kranken, welcher längere Zeit nach der Operation einer zu reichlicher Ausstossung von Lungengewebe führenden Gangrän an Magenkarzinom zu Grunde ging, war bei der Sektion von der früherer Gangrän auch nicht eine Spur mehr zu entdecken.

Bardenheuer-Köln, welcher an Ziegen zahlreiche Lungen-Operationen ausführte, ist zu denselben Ergebnissen gekommen, wie Garré; insbesondere sah auch er bei der durch die Annähung der Lunge in der Wunde herbeigeführten Fixation des Mittelfelles die bedrohlichen Erscheinungen schwinden.

von Ziemssen-München erwähnt einen von ihm beobachteten sehr seltenen Fall von Abscessbildung in der Lunge durch Streptothrix, welcher mit enormen Anfällen von Athemnoth, riesigen Expektorationen und Blutungen einhergeht. Er fragt die Chirurgen, ob sie nach der Beschreibung und nach den vorzüglichen Röntgenbildern, welche er demonstrirt, geneigt sind, hier operativ vorzugehen.

Bäumler-Freiburg betont, wie ausserordentlich schwierig die Diagnose einer Lungenhöhle sei; er hält sie für das Schwierigste auf diagnostischem Gebiete. — Eine häufige Quelle zu Eiterungen entsteht besonders bei der Tuberkulose dadurch, dass nach der Hämoptoe grössere oder kleinere Blutgerinnsel in den Bronchien oder einer Höhle liegen bleiben und vereitern. — Bei Lungengangrän sah er sehr gute Resultate nach permanenten Inhalationen von Terpertindämpfen; das Krankenzimmer ist Tag und Nacht von denselben angefüllt.

Rehn-Frankfurt will in vielen Fällen von Gangrän lieber sofort die meist elenden Kranken der Operation unterziehen, als durch andere Behandlungsweise Zeit verlieren.

Quincke: Aus den Erörterungen ist der Schluss zu ziehen, dass wir in Zukunft häufiger als bisher die Kranken dem Chirurgen übergeben sollen, besonders wo es sich jetzt nicht mehr um ein zaghaftes Versuchen, sondern bereits um ausgebildete Operationsmethoden handelt. Als Anästhetikum empfiehlt er die Schleich'sche Lokalanästhesie, da bei allgemeiner Narkose die Gefahr der Aspiration und Verschleppung eine grosse ist.

Garré glaubt diese Gefahr durch Hochlagerung des Kranken umgehen zu können, ein Standpunkt, dem Quincke nicht beitritt.

Jordan-Heidelberg: Die Entstehung von Tumoren, Tuberkulose und anderen Organerkrankungen nach Einwirkung stumpfer Gewalt.

Besonders seit der Einführung des Unfallgesetzes ist die Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Gewebserkrankungen aktuell geworden. Es handelt sich bei derselben stets um eine einmalige zeitlich abgegrenzte Gewalteinwirkung.

Wie steht es nun zunächst mit dem ursächlichen Zusammenhang zwischen dieser Gewalteinwirkug und dem Bestehen einer Geschwulst? Das Trauma bewirkt eine Quetschung des Gewebes, eine Blutung, vielleicht eine Nekrose, kann aber als solches niemals eine Geschwulst bilden; es ist niemals gelungen, experimentell durch ein Trauma eine Geschwulst hervorzurufen. Dieselbe kann höchstens indirekt durch die entstehende Hyperämie, bei der Gewebsreparation entstehen.

Fragen wir uns im Allgemeinen nach der eigentlichen Entstehungsursache der Geschwülste, so müssen wir gestehen, dass wir eine Antwort zu geben nicht im Stande sind, dass vielmehr dieses Gebiet der allgemeinen Pathologie noch in tiefes Dunkel gehüllt ist. — Die Annahme der Alten, dass die Geschwulst aus einer Verderbniss der Säfte, also auf dem Boden einer besonderen Diathese entstehe, ist allgemein verlassen. — Nach Virchow handelt es sich um eine lokale Gewebsveränderung; zur Entfaltung derselben zu einer Geschwulst ist das Hinzutreten eines zweiten Moments, eines genügenden Reizes erforderlich. — Cohnheim lässt die Geschwülste auf embryonaler Anlage entstehen; es sind versprengte Keime, die, selbst mikroskopisch nicht zu erkennen, lagern, bis sie durch irgend einen Anlass zum Wachsthum angeregt werden. Nach dieser Hypothese ist also die Gewalteinwirkung gleichgiltig für das Entstehen einer Geschwulst, sie kann höchstens ihre Entfaltung anregen.

Ribbert lässt die Geschwulst aus Zellen entstehen, die aus ihrer Umgebung durch irgend eine Ursache gelöst, wieder embryonalen Charakter annehmen und sich regellos weiterentwickeln. So handelt es sich bei der Entstehung des Carcinoms um eine primäre Bindegewebswucherung, welche das Epithel auseinanderdrängt und theilweise zur Ablösung bringt; es wuchert dann selbständig und atypisch weiter. — Die Theorie von dem parasitären Ursprung der bösartigen Geschwülste räumt dem Trauma einen weitgehenden Einfluss ein, wie überhaupt alle diesbezüglichen Hypothesen der Gewalteinwirkung bei der Grösse der Geschwülste eine mehr oder minder grosse Rolle zuweisen.

Auf dem Boden der exakten Forschung lässt sich also der ursächliche Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwulst noch nicht konstruiren; wir sind also vorläufig darauf angewiesen, zu registriren, in welchem Umfange uns klinisch die Gewalteinwirkung als Ursache entgegentritt. In älteren Statistiken finden wir das Trauma in 10 bis 40 % der Fälle für die

Entstehung der Geschwulst verantwortlich gemacht. von Büngner forderte vor mehreren Jahren zu einer Sammelstatistik auf. Nach den bisher erschienenen Arbeiten wären von den zur Beobachtung gelangten Krebsfällen in der Klinik zu Tübingen 2,5 %, zu Strassburg 2 %, zu Königsberg 1 % und zu Bonn 0,5 % und zu Erlangen 2 %, in Summa also ungefähr 2 % als auf traumatischer Grundlage entstanden anzusehen. Lässt man die Fälle, welche einer strengen Kritik nicht Stich halten, ausser Betracht, so ist der Prozentsatz ein minimaler.

Bei der Entstehung der Sarkome ist nach den angezogenen Statistiken das Trauma dreimal so häufig, als bei den Carcinomen verantwortlich zu machen. Die gutartigen Geschwülste, besonders die Knochentumoren, verdanken in ungefähr 20 % einer Gewalteinwirkung ihr Dasein.

Wollen wir den Beweis des ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Trauma und der Geschwulst als erbracht ansehen, so sind folgende Bedingungen zu erfüllen.

1. Es muss die Kontusion ärztlich beobachtet sein. Diese Feststellung fehlt in den allermeisten Fällen; auch in den Statistiken und älteren Krankengeschichten hat sie fast keine Beachtung gefunden.

2. Die Geschwulst muss genau am Orte der Gewalteinwirkung entstanden sein. Die Kontrolle ist beim Fehlen von 1. überhaupt nicht auszuführen.

3. Die Zeit zwischen dem Trauma und dem Entstehen des Tumors muss mit der erfahrungsgemässen Entwickelungszeit der betreffenden Geschwulst übereinstimmen. Im Allgemeinen wissen wir über die Wachsthumszeit einer Geschwulst noch sehr wenig. Es ist uns bekannt, dass ein Callussarkom meistens sehr schnell, ein Mamma-Carcinom oft sehr langsam wächst, aber hiermit hört unser Wissen auf. Thiem verlangt für die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und Geschwulst, dass diese spätestens zwei Jahre nach dem Insult vorhanden sei, oder dass zwischen beiden eine ununterbrochene Brücke, bestehend in Schmerzen u. s. w. bestehe. Wissenschaftlich ist diese Forderung nicht einwandsfrei; denn wir wissen, dass Brustdrüsenkrebse oft eine viel längere Zeit zu ihrer Entstehung nöthig haben. Auch das Fehlen einer ununterbrochenen Brücke kann nicht abhalten, in gewissen Fällen einen Kausalnexus anzuerkennen; ist sie jedoch vorhanden, bildet sie eine angenehme Unterstützung bei der Argumentation.

4. An der Stelle der Geschwulst darf vor der Einwirkung der Gewalt irgendwelche krankhafte Gewebsveränderung nicht bestanden haben. Da sich die Anfangsstadien der Geschwulst in den meisten Fällen der Beobachtung entziehen, ist häufig die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass schon vor dem Trauma eine wenn auch kleine Geschwulst bestand, welche durch dasselbe zu rascherem Wachsthum angeregt wurde.

Aus den bisherigen Ausführungen ersehen wir also, dass sich der strenge Beweis des ursächlichen Zusammenhanges der Entstehung einer Geschwulst mit einer erlittenen Gewalteinwirkung, wenn überhaupt, nur in den seltensten Fällen erbringen lässt. Für die Begutachtung im Sinne der Unfallgesetzgebung ist ein solcher Beweis nicht erforderlich; hier genügt das Vorhandensein der Wahrscheinlichkeit resp. eines hohen Grades derselben, um die Berufsgenossenschaft u. s. w. haftpflichtig zu machen. Diese Wahrscheinlichkeit ist nach den näheren Umständen des Falles zu begründen, doch sollte man bei der Beurtheilung, wie sich aus dem Gesagten ergiebt, recht skeptisch vorgehen.

Bei der Beurtheilung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und lokaler Tuberkulose haben wir uns die Frage vorzulegen, ob ein Trauma im Stande ist, den Tuberkelbazillus in einem bis dahin völlig gesunden Gewebe zu lokalisiren und zur Entfaltung zu bringen. Klinisch gilt dieses im Allgemeinen als ausgemacht. Auch die Thierexperimente Schüller's, welcher tuberkulöse Sputa bei Thieren einimpfte und hiernach leichte Distorsionen und Kontusionen der Gelenke vornahm, fielen in positivem Sinne aus. Bestätigt wurden diese Resultate durch die Versuche Becker's und Krause's, welcher Reinkulturen subkutan in die Bauchhaut oder in die Ohrvenen einspritzte. Es trat in vielen der verletzten Gelenke Tuberkulose auf, in den nichtverletzten nicht.

Von Seiten der französischen Chirurgen Lannelongue und Achard wurden in dieser Richtung Nachprüfungen vorgenommen, welche ein absolut negatives Resultat ergaben: kein einziges der verletzten Gelenke wurde tuberkulös. Auch Friedrich, welcher jahrelange Experimente vornahm, konnte eine traumatische Tuberkulose nicht hervorrufen. Es kann sich also nach diesen neueren Versuchen bei der traumatischen Tuberkulose nur um eine Anfachung eines bisher latent bestehenden tuberkulösen Herdes durch die Verletzung handeln. Klinisch ist dieselbe von einer frisch auftretenden Tuberkulose nicht zu unterscheiden. Der Begutachter findet sich wieder in der angenehmen Lage, den strikten Beweis der traumatischen Entstehung nicht liefern zu müssen; er macht die Verletzung für den Ausbruch des Leidens verantwortlich, wenn ein Trauma nachweislich stattgefunden hat, wenn die Tuberkulose an der Stelle der Gewalteinwirkung aufgehoben ist und zwar spätestens nach Ablauf von einigen Monaten.

Auf dem Gebiete der traumatischen Osteomyelitis besteht eine grössere Klarheit. Die Krankheit kann bekanntlich auch ohne eine Gewaltseinwirkung entstehen, jedoch ist ein Trauma für die Entwicklung desselben entschieden von begünstigendem Einfluss. Es wird durch dasselbe ein locus minoris resistentiae geschaffen; es kommt zu Blutungen und Gewebsnekrose, auf welchem Boden die zufällig im Organismus kreisenden Keime günstige Bedingungen für ihre Niederlassung und Entwicklung finden. Thierversuche haben gezeigt, dass nach Einverleibung von Kulturen in den Kreislauf die Osteomyelitis bei jüngeren Thieren spontan entstehen kann, dass aber bei älteren Individuen und bei Benutzung virulenzschwacher Kulturen ein Trauma erforderlich ist, um die Krankheit zum Ausbruch zu bringen. Dieses bildet also eine wichtige Gelegenheitsursache in der Genese der Osteomyelitis. Die Statistiken führen dieselbe in 28 Prozent der Fälle auf eine stattgehabte Gewalteinwirkung zurück. Man wird den ursächlichen Zusammenhang jedoch nur in den Fällen anerkennen können, in welchen die Erkrankung spätestens 14 Tage nach erlittener Verletzung aufgetreten ist. —

In letzter Zeit ist mehrfach die Frage nach der traumatischen Entstehung der Perityphlitis aufgeworfen worden. — Es ist nicht wohl anzunehmen, dass die Krankheit bei einem völlig gesunden, unveränderten, nicht verwachsenen Wurmfortsatz durch eine Verletzung etwa in Folge Ab- oder Einreissens desselben entstehen könne. Befindet sich jedoch ein Kothstein im Processus vermiformis oder bestehen alte Verwachsungen mit der Nachbarschaft, so ist die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung nicht von der Hand zu weisen. Bis jetzt sind neun derartige Fälle beschrieben. Man muss den Zusammenhang anerkennen, wenn die Gewalteinwirkung am Sitze des Wurmfortsatzes erfolgt ist und die Krankheit sich gleich an dieselbe anschloss. Waren schon früher Anfälle von Blinddarmentzündung aufgetreten oder finden sich bei der Leicheneröffnung alte chronischen Veränderungen am Wurmfortsatz, so hat das Trauma verschlimmernd im Sinne der Unfallgesetzgebung gewirkt.

Bei Begutachtung aller im Vorgehenden behandelten Erkrankungen sollen wir, da noch so Vieles auf diesem Gebiete in Dunkel gehüllt ist, uns des Satzes erinnern: In dubio pro aegroto.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod infolge fraglichen Leidens und Unfall fehlt.

Entscheidung vom 23. Mai 1901.

Aus Anlass eines am 19. Juni 1899 auf Grube G. erlittenen Rippenbruchs bezog der Hauer J. E. eine Rente für $^1/_5$ der Erwerbseinbusse. Nachdem der Verletzte am 28. April 1900 verstorben war, hat der Sektionsvorstand die Festsetzung der in § 6 des Unf.-Vers.-Ges. vorgesehenen Entschädigungen abgelehnt, weil zwischen dem Unfalle und dem Ableben des E. ein Zusammenhang nicht bestehe. Die gegen diesen Bescheid von der Wittwe des E. eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses sind zurückgewiesen worden. Gründe:

Das Rekursgericht hat den Arzt Dr. Sch. über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod des J. E. als sachverständigen Zeugen durch das Amtsgericht zu S. vernehmen lassen, darauf das Obergutachten des Geheimen Medizinalraths Professors Dr. Sch. und des Professors Dr. Schm. eingeholt, sodann am 1. April 1901 den Arzt Dr. V. zu K. die Krankheitsgeschichte in der von den Obergutachtern gewünschten Weise vervollständigen und nunmehr die genannten Obergutachter das fernere Obergutachten vom 30. April 1901 erstatten lassen. Auf das Vernehmungsprotokoll vom Datum S. den 1. Februar 1901 und die angeführten Gutachten wird verwiesen.

Die Klägerin hat auf den Bericht des Dr. V. vom 1. April 1901 entgegnet, es sei unrichtig, dass ihr Mann nach fünfwöchiger Behandlung nach dem Unfall gesund geworden sei, er habe auch die Lungenentzündung nicht ein oder zwei Jahre vor dem Unfall, sondern schon im Jahre 1894 gehabt, sei aber nach dreimonatiger Behandlung völlig geheilt worden. Sie hat über diese Behauptungen Beweis angetreten. Hierauf kann es jedoch nicht mehr ankommen, da nach dem in der Rekursinstanz erhobenen Beweise der ursächliche Zusammenhang zwischen der Krankheit, welche zum Tode führte, und dem Unfall zu verneinen ist.

Dr. Scha. hat den Verstorbenen nur vom 4. bis 18. Dezember 1899 behandelt. Dieser hatte damals ein Herzleiden mit Hautwassersucht, als dessen Folgeerscheinung der Sachverständige die Stauungsleber des Verstorbenen ansieht, welche wiederum durch den linksseitigen Rippenbruch ungünstig beeinflusst sein könne, während das Entstehen eines Leberleidens durch den Unfall nicht anzunehmen sei. Demgegenüber betont Dr. V., welcher den Verstorbenen seit zehn Jahren und insbesondere nach dem Unfall und in der letzten Krankheit behandelt hat, dass der Rippenbruch unterhalb des linken Schulterblattes gewesen sei, wo das Herz an der Rippenwand nicht anliege und deshalb nicht in Mitleidenschaft gezogen sein könne. E. habe auch nach dem Unfall nicht über Herzbeschwerden, sondern nur über Schmerzhaftigkeit der Seite und viel Husten geklagt. Nach Anfang des Winters 1899 sei sodann eine tuberkulose chronische Bauchfellentzündung in die Erscheinung getreten, die auf ein Herzleiden nicht zurückzuführen sei, da der Verstorbene zwar an Pulsbeschleunigungen als Folgen seines chronischen Lungenleidens gelitten, nicht aber ein besonderes Herzleiden gehabt habe. Hierzu trete noch, dass der Verstorbene einen skrophulösen Eindruck gemacht und ein Kind an tuberkuloser Hirnhautentzündung verloren habe. E. sei an der chronischen tuberkulosen Bauchfellentzündung gestorben, welche mit seinem Unfall nicht in Zusammenhang stehe.

Die Obergutachter vermögen nicht zu entscheiden, welcher Meinung über die tödtliche Krankheit der Vorzug zu geben ist, sie stellen aber fest, dass nach beiden Meinungen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod verneint werden muss. Sei E. an einem Herzleiden gestorben, so könne es durch den Rippenbruch nicht beeinflusst worden sein, da der Bruch an einer Stelle erfolgt sei, an der das Herz der Brustwand nicht anliege. Sei aber E. an der tuberkulosen Bauchfellentzündung gestorben, so könne diese durch den Rippenbruch nicht beeinflusst worden sein, weil die Verletzung den Bauch nicht getroffen habe. Auch der chronische Lungenkatarrh des E. sei durch den Unfall nicht verschlimmert worden.

Nach diesem Beweisergebniss ist anzunehmen, dass der Tod des E. mit dem Unfall nicht in ursächlichem Zusammenhange steht. Die Klägerin hat deshalb keinen Anspruch auf die Hinterbliebenenrente und ihr Rekurs ist zurückzuweisen. (Kompass.)

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Zurücknahme der Approbation.

Entsch. vom 30. Sept. 1901.

Der praktische Arzt Dr. med. D. aus der Gegend von D. war auf Grund des § 49a des Reichs-Strafgesetzbuchs zu 8 Monaten Gefängniss und 2 Jahren Ehrverlust verurtheilt worden. D. hatte in einem rheinischen Blatte ein Inserat veröffentlicht und in diesem Frauen etc. diskrete Behandlung zugesichert; unter einer bestimmten Chiffre sollte die Expedition Anfragen weitergeben. Ein Arzt, welchem das Inserat bedenklich vorkam, veranlasste einige junge Damen, sich an Dr. med. D. zu wenden. Dieser erklärte sich in allen Fällen bereit, gegen gutes Honorar Hilfe zu leisten. Nachdem der Staatsanwaltschaft hiervon Mittheilung gemacht worden war, verfügte sie die Beschlagnahme der an Dr. D. gerichteten Briefe, erhob dann Anklage und führte die Verurtheilung des angeklagten Arztes herbei. Die Revision des Angeklagten wurde schliesslich vom Reichsgericht als unbegründet zurückgewiesen. Die Polizeibehörde erhob darauf gegen den Arzt Klage auf Zurücknahme der Approbation während der Dauer des Ehrverlustes. Der Bezirksausschuss erkannte auch nach dem Klageantrage, da der vorliegende Fall danach angethan sei, die volle Strenge des Gesetzes walten zu lassen. D. erkannte an, sich schwer vergangen zu haben, bat aber um Nachsicht, weil er sich mit seiner Familie in bedrängter Lage befunden habe. Das Oberverwaltungsgericht bestätigte jedoch die Entscheidung des Bezirksausschusses als zutreffend und wies die Berufung des Arztes als unbegründet ab. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

J. Bornträger, Das Buch vom Impfen. Leipzig, Hartung u. Sohn 1901. Preis 3,80 M. 199 S.

Conrad Blass, Hofrath Dr. med.: Die Impfung und ihre Technik. 2. Aufl. Leipzig C. G. Naumann 1901. Preis 0,50 M., geb. 1,— M. 83 S.

Das kleine Buch von Blass ist ein geschickt abgefasster Leitfaden, der in Bezug auf das Impfwesen kurz und bündig Alles enthält, was der Arzt durchaus wissen muss: In fortlaufender Darstellung ist die Geschichte der Impfung, ihre Technik, der Verlauf der Impfblattern, die Gewinnung der Lymphe behandelt, ganz kurz werden auch die Impfgegner besprochen. Dann folgt als erster Anhang das Impfgesetz, einen zweiten bilden die Bundesrathsbeschlüsse von 1899. Demjenigen Arzte, welcher nur gelegentlich in die Lage kommt, einmal eine Impfung auszuführen, kann das Heftchen genügen.

Wer aber, sei es als Impfarzt, als viel impfender Praktiker, als Medizinalbeamter, tiefer in irgend eine die Impfung be-

treffende Frage eindringen will, der wird an dem Bornträger'schen Buche seine Freude haben. Auch hier ist der allgemeine Theil, welcher Entstehung, Wesen, Bedeutung, Folgen und Nebenwirkung betrifft, knapp gehalten, aber trotz aller Kürze enthält er eine Abrechnung mit den Impfgegnern, die an Gründlichkeit nichts zu wünschen übrig lässt. Ich glaube, wer diese statistischen Reihen, diese klinischen und allgemein wissenschaftlichen Erwägungen gelesen hat, der kann in seiner Beurtheilung der Impfung keinem Irrthum und keinem Schwanken verfallen.

Im nächsten Kapitel folgt das „Impfrecht". Hier werden die gesetzlichen Bestimmungen, Erlasse und Gerichtsentscheidungen, die die Impfung betreffen, theils wörtlich, theils auszugsweise mitgetheilt.

Der Schlussabschnitt endlich enthält geschickt angeordnet alles Wissenswerthe über die Ausführung der Impfung. Als Anhang sind die Impfformulare wiedergegeben.

Dem ganzen Büchlein gemeinsam ist eine frische, anregende und fesselnde Darstellungsweise; auch in seinem Aeusseren, in seinem Umfang und Format macht es einen angenehmen Eindruck. Der Preis ist ja freilich nicht ganz niedrig, aber wir glauben, dass er einer Verbreitung des trefflichen Werkes nicht hinderlich sein wird.

Suchanneck, Dr., Privatdozent in Zürich. Ueber Tuberkulome der oberen Luftwege. Halle, Verlag von Karl Marhold. 1901. Preis 0,80 Mk.

Tuberkulome, d. h. Schleimhauttuberkelgeschwülste, der oberen Luftwege sind sehr sehr selten. Sie kommen verhältnissmässig noch am häufigsten am vorderen Abschnitt der Nasenscheidewand vor. Die kleine Schrift enthält reichliche Literaturangaben und kann daher gegebenen Falles auch für einen unserer Leser einmal von Interesse sein. Zahlreiche Druckfehler und Spracheigenheiten erschweren die Lektüre.

Richard Müller.

Fränkel, M. Die 20 Prüfungsaufgaben der allgemeinen Pathologie. Leipzig, Hartung & Sohn. 1901. Preis 1,80 M. 72 S.

Der Verfasser dieses Buches verwahrt sich energisch gegen die Vermuthung, als könne die Zusammenstellung der Prüfungsaufgaben den Zweck haben, grössere Lehrbücher zu ersetzen, nur ein bequemes Hilfsmittel zum Repetiren für den Examenskandidaten soll das Heft darstellen. Die Absichten des Verfassers entziehen sich selbstverständlich unserer Kritik, aber es liegt sicher in der Existenz solcher gebrauchsfertig zusammengestellten Examensvorträge eine starke Verführung, der so Mancher erliegen wird. Es ist so ungleich bequemer, an Stelle des doch immerhin sehr zeitraubenden Durcharbeitens der Lehrbücher gleich durch mehr oder weniger wortgetreues Einprägen des konzentrirten Wissens in Form der Vorträge die für das Examen nöthigen Vorkenntnisse zu erwerben. Die Aussicht auf diese unerwünschten Nebenwirkungen vergällt uns die reine Freude an dem, wie wir zugeben, nicht üblen Wiederholungshilfsmittel.

Tagesgeschichte.

II. Internationaler Kongress der Aerzte der Versicherungsgesellschaften in Amsterdam.

(23. bis 26. Oktober 1901.)

Der erste Kongress hat vor zwei Jahren in Brüssel stattgefunden und war lediglich der Anregung eines belgischen Kollegen (W. Pörls-Brüssel) zu danken, der in einem Rundschreiben die Lebensversicherungsgesellschaften der verschiedenen Nationen zur Beschickung einer internationalen Versammlung der Versicherungsärzte nach Brüssel eingeladen hatte. Als Zweck einer solchen Versammlung war ganz allgemein die Herbeiführung engerer kollegialer Beziehungen unter den Versicherungsärzten, die Centralisirung der statistischen Arbeiten und die Besprechung der die Versicherungsmedizin besonders interessirenden Fragen bezeichnet.

Man kann nicht behaupten, dass die Anregung damals in Deutschland auf sehr fruchtbaren Boden gefallen wäre: die Fachpresse beschäftigte sich so gut wie gar nicht mit ihr und von den damit eingeladenen Gesellschaften waren es wenig mehr als ein Dutzend, die sich bereit erklärten, das Projekt zu unterstützen; wirklich beschickt hatten den Kongress schliesslich nur zwei, „Gotha" und die „Teutonia" (Leipzig).

Man kann über den Werth solcher und anderer internationaler Kongresse sicher verschiedener Meinung sein, unberechtigt war aber das Misstrauen, das diesem von Gesellschaften entgegengebracht wurde, die in dem Zusammenschluss der Versicherungsmediziner nur eine weitere Erschwerung der Aufnahmen sahen: „il y a lieu pour elles (compagnies) de se défier de la réunion du Congrès", drückte sich der Direktor einer belgischen Gesellschaft dreist aus. Aber gerade das Gegentheil war der Grundgedanke: „de mitiger la sentence d'exclusion, qui pèse actuellement sans appel sur certaines affections."

Wenn schliesslich gerade dieser Zweck des Kongresses in Brüssel nicht erreicht worden ist, ja nach seiner Beendigung von ihm gesagt werden musste, dass er ein unmittelbar praktisches Resultat für die Gesellschaften überhaupt nicht gehabt hatte, so lag das in seiner Neuheit. Er war der erste seiner Art und ein praktischer Nutzen war von vornherein auch gar nicht zu erwarten. Denn vorerst handelte es sich darum, Fühlung zu einander zu gewinnen und sich zu einigen über das, was künftige Kongresse bearbeiten sollten. Und dieser Zweck ist vollkommen erreicht worden und auf welch fruchtbaren Boden die damals gesäte Saat fiel, das zeigt der Besuch des diesjährigen zweiten Kongresses in Amsterdam und seine Arbeiten.

Es waren vertreten: Amerika, Brasilien, Deutschland, Frankreich, Dänemark, Japan, Norwegen, Schweden, Russland, Schweiz u. s. w., besonders zahlreich natürlich die Niederlande und Belgien. Gefehlt hat aus hier nicht näher zu erörternden Gründen nur England, doch lagen spezielle Arbeiten von Chefärzten dortiger Gesellschaften dem Kongresse vor. Gearbeitet wurde sehr fleissig; die Sitzungen waren stets vorzüglich besucht und die Redner und Debattirenden waren fast ausschliesslich praktische Versicherungsärzte. Und hier trat der Unterschied dieses Kongresses zu seinem Vorgänger in besonders vortheilhafter Weise zu Tage. Denn wenn auch von jenem gesagt werden muss, dass er sich der Zeit- und Streitfragen der Versicherungsmedizin in seinen Sitzungen auf das Erschöpfendste angenommen hatte, um den Standpunkt zu kennzeichnen, auf dem sie wissenschaftlich stehen, so war eben doch damals von einer praktischen Verwerthung für die Lebensversicherung keine Rede, weil dazu dem ersten Kongress noch das zureichende statistische Material fehlte, und auch dafür nicht die geeigneten einführenden Redner gewonnen waren: denn ihr überwiegender Theil waren nicht Versicherungsärzte, es waren Dozenten und Professoren der Universitäten Brüssel und Löwen, die sich in dankenswerthester Weise der Mühe unterzogen, die dem Versicherungsmediziner besonders interessanten Gegenstände ihrer Spezialität zu behandeln. Trotz aller Mühe konnten sie aber nur die alte Erfahrung der Versicherungsärzte bekräftigen, dass es nicht die Theorie und die klinischen Einzelerfahrungen sind, die die Lebensversicherung auch hier nur einen Schritt weiter bringen können, dass lediglich die Versicherungsärzte selbst die einzig Berufenen sind, hier sich allein weiterzuhelfen durch strenge Bearbeitung des Materials, das in den Versicherungs- und Sterbefallpapieren so reichlich auf-

gespeichert ist und das auszutauschen und gemeinsam zu verarbeiten die Aufgabe der Kongresse sein muss.

Die Sitzungen finden in der Aula der Universität statt. Eröffnet wurde der Kongress in feierlicher Sitzung in Gegenwart des Gouverneurs der Provinz Nordholland und des Bürgermeisters der Stadt u. s. w. durch den provisorischen Präsidenten Dr. von Genus, Chefarzt der „Allgemeinen Matschappy van Levensverzekering“ in Amsterdam, der in längerer (französischer) Rede die hohe Bedeutung des statistischen Materials der Lebensversicherungsgesellschaften nach den verschiedensten Richtungen hin beleuchtete und auf die Aufgaben hinwies, die hinsichtlich der Prognose des Lebens nach zu lösen sind, bevor wir dem Ideal näher kommen, dass jede Person, die sich zu versichern wünscht, auch ev. mit veränderten Bedingungen, versichert werden kann.

Er begrüsst dann die Mitglieder des Kongresses und die französische Sprache mit der deutschen vertauschend, richtet er ein besonders warmes Willkommen an die erschienenen deutschen Kollegen, die durch Herkunft, Sprache und den Gang ihrer Studien ihnen, den Niederländern, so nahe verwandt seien.

Die weiteren Sitzungen fanden früh und Nachmittags statt. Die Sprache war fast ausschliesslich die französische, deren sich durchweg auch die Schweden, Russen, Dänen und Niederländer bedienten, obwohl alle diese die deutsche Sprache ebensogut, wenn nicht zum Theil sogar besser beherrschten. Für die rasche Verständigung, besonders in der Diskussion, war dieses sichtbare Streben nach einer einheitlichen, allen verständlichen, Kongresssprache sicherlich von grossem Vortheil und es kann bereits heute als ausgemacht gelten, dass die französische Sprache die künftigen Kongresse in gleicher Weise beherrschen wird. Die Leitung der Verhandlungen war in jeder Weise musterhaft, der Verkehr der Mitglieder unter sich, in und ausserhalb der Sitzungen, ein ausserordentlich freundschaftlicher. Ganz besonders rühmenswerth aber war die Gastfreundschaft der niederländischen Kollegen und die Aufnahme, die der Kongress in Amsterdam überhaupt fand. Kollegen, Regierung und Stadt wetteiferten, Allen den Aufenthalt so angenehm als möglich zu gestalten und anschliessend an die fleissige Arbeit des Tages, waren die Abende ihren Einladungen zum Rathhaus, Theater u. s. w. gewidmet.

Der nächste Kongress findet im Mai 1903 in Paris statt. Nach dem Erfolg des Amsterdamer Kongresses kann man ihm nur das beste Prognostikon stellen. Dr. Florschütz-Gotha.

(Ueber die Verhandlungen des Kongresses wird in der nächsten Nummer berichtet.)

Erstattung von Desinfektionskosten durch die Krankenkasse.

Zwei Mitglieder der Ortskrankenkasse in S. waren wegen Krätze in das dortige Krankenhaus aufgenommen worden. Am Schluss der Behandlung weigerte sich die Kasse, die Kosten der Desinfektion der Kleider zu tragen. Denn die Ansteckung Dritter zu verhüten, sei nicht Angelegenheit der Kasse, sondern der Polizei, und der Wiederansteckung des Geheilten selbst vorzubeugen, gehöre auch nicht zu den Pflichten der Kasse. Das Amtsgericht entschied den Streit zu Ungunsten der Kasse mit folgender Begründung:

Ob die Desinfektion, insoweit sie lediglich zu dem Zwecke geschieht, um Dritte vor Ansteckungsgefahr zu bewahren, als Kurmittel zu bezeichnen ist, kann im vorliegenden Falle unerörtert bleiben. Zweifellos aber ist die Desinfektion, wenn sie erfolgt, um zu verhindern, dass der Kranke, indem er die verseuchten Kleider anzieht, sich sofort von Neuem ansteckt, ein Kurmittel. Denn ein Kur- oder Heilmittel bedeutet nach dem Sprachgebrauch nicht ein Mittel, um den Kranken für den Augenblick zu heilen, sondern, um ihn möglichst vollständig von der ihm anhaftenden Krankheit zu befreien.

Es gehören dazu also auch diejenigen Mittel, welche erforderlich sind, um eine Krankheit, welche im ursächlichen Zusammenhang mit derjenigen Krankheit, welche gerade geheilt werden soll, steht, am Ausbruch zu hindern. Da nun im vorliegenden Fall die eben geheilten Kranken bei der Ansteckungsgefahr der Krätze, wenn sie die während der Krankheit benutzten Kleider angezogen hätten, von der Krankheit sofort von Neuem befallen wären, war es zu ihrer vollständigen Heilung nöthig, dass ihre Kleider desinfizirt würden. Es sind demnach die für die Desinfektion der Kleidung aufgewendeten Kosten als Kurkosten zu bezeichnen.

Ferner hat die Beklagte mit dem Kläger einen Vertrag abgeschlossen, in dem sie sich ausdrücklich zur Zahlung der Kurkosten verpflichtet hat.

Sie wusste bei Abschluss dieses Vertrages, dass zu den Kurkosten nach dem Krankenhausstatut auch die Kosten für Desinfektion gehören, und ist auch aus diesem Grunde zur Zahlung derselben verpflichtet.

Der Klageanspruch des Klägers ist demnach gerechtfertigt, und die Beklagte war dem Antrage des Klägers gemäss zu verurtheilen.

Leider liegt der Fall so eigenartig, dass man nach demselben ein Urtheil, wie weit im Allgemeinen eine Kasse zur Erstattung von Desinfektionskosten verpflichtet ist, kaum gewinnen kann. Die wenigsten Ansteckungskrankheiten bieten eine erhebliche Gefahr der Rückansteckung des gleichen Individuums, und ein Vertrag, wie der mit dem Krankenhause im vorliegenden Falle, fehlt auch meist. Es erscheint uns recht fraglich, ob nach dem Gesetz die Krankenkasse zur Tragung von Desinfektionskosten bei Typhus und dergleichen herangezogen werden kann.

Zum Frauenstudium.

Das bayrische Kultusministerium hat an die Senate der drei Landesuniversitäten nachstehende Entschliessung zur Beachtung bei der Zulassung von Frauen zu Universitätsvorlesungen gerichtet: 1. Grundsätzlich ist daran festzuhalten, dass Frauen nicht als Studentinnen immatrikulirt, sondern nur als Hörerinnen im Sinne des § 10 der Satzungen für die Studirenden an den bayerischen Universitäten mit ministerieller Genehmigung zugelassen werden können. 2. Allgemeine Vorbedingungen für die Zulassung als Hörerin sind: a) Entsprechende wissenschaftliche Vorbildung (Mittelschulbildung), b) entsprechender persönlicher Ausweis (Legitimation). Der Vorbildungsnachweis ist zu erbringen durch die einschlägigen Schulzeugnisse. Die Legitimation wird erbracht: a) bei Inländerinnen durch das Schulzeugniss, bezw. wenn seit Ausstellung dieses Zeugnisses schon längere Zeit verstrichen ist, durch besonderen Führungsausweis, b) bei Ausländerinnen durch den Pass. 3. Die Anmeldung hat mittels schriftlichen Gesuches bei dem Rektorate der betreffenden Universität zu geschehen. Das Gesuch hat zu enthalten: a) eine nähere Angabe über die persönlichen Verhältnisse der Gesuchstellerin (Zeit und Ort der Geburt, Konfession, Stand, Staatsangehörigkeit); b) eine Darlegung des bisherigen Bildungsganges unter Bezeichnung der besuchten Anstalten und abgelegten Prüfungen; c) die Bezeichnung der zu hörenden Vorlesungen, bezw. des gewählten Fachstudiums. Als Beilagen sind dem Gesuche anzufügen die Vorbildungsnachweise und die Legitimationspapiere. 4. Die Rektorate der Universitäten sind ermächtigt, die ministerielle Genehmigung als stillschweigend gegeben anzunehmen und die Zulassung ohne Bericht zu verfügen, wenn a) als Vorbildungsnachweis das Reifezeugniss eines deutschen Gymnasiums oder Realgymnasiums erbracht wird, b) die Legitimationspapiere in

Ordnung sind und c) auch sonstige Bedenken nicht bestehen. 5. In allen übrigen Fällen bleibt besondere ministerielle Genehmigung vorbehalten und sind zu diesem Zwecke die entsprechend instruirten Gesuche von den Rektoraten dem Kultusministerium mit Bericht in Vorlage zu bringen.

(Allgem. med. Centr.-Ztg.)

Zum Ermittelungsverfahren in Unfallstreitsachen.

Nach dem Eindruck, den man als ärztlicher Unfallgutachter hat, erfolgen die meisten irrigen Rentenbescheide in Folge ungenügender Klarstellung des Thatbestandes. Manchmal besteht der Mangel darin, dass in Fällen, bei denen nur eingehende Beobachtung entscheiden kann, ein ärztliches Urtheil auf Grund einmaliger Untersuchung gefällt wird, häufiger ist der Akteninhalt bezüglich des Vorlebens des Verunglückten, des Unfallvorgangs selbst und der nächsten Folgen unzulänglich.

In einem Falle erster Art hatte ein Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft verurtheilt, den Kläger zwecks genauerer Beobachtung in eine Klinik zu schicken. Das Reichsversicherungsamt hob dies Urtheil auf und erklärte, dass es rechtlich nur zulässig ist, wenn das Schiedsgericht selbst die zur Bildung seines Urtheils nöthigen Feststellungen veranlasst, nicht aber, dass es die Berufsgenossenschaft dazu verurtheilt.

Die Entscheidung hat natürlich nur formelle Bedeutung.

Hausmittel gegen Vergiftungen.

Vor uns liegt eine Zeitschrift für Körper- und Schönheitspflege, die den ansprechenden Titel „Frauenschönheit“ führt. Hier finden wir unter der Rubrik: Rathgeber folgenden Abschnitt.

> Vergiftungsfälle. Ein Mittel bei Vergiftungen, das für die erste Hilfe in den meisten Fällen sich in Bereitschaft findet, ist folgendes: Ein starker Theelöffel voll gewöhnlichen Salzes und halb so viel Senf werden in einer Tasse mit warmem oder kaltem Wasser rasch verrührt, worauf das Ganze verschluckt wird. Dies wirkt fast augenblicklich als starkes Brechmittel, wodurch der Inhalt des Magens herausbefördert wird. Gegen den etwa zurückgebliebenen Rest des Giftes lässt man zuerst das Weisse von einem Ei und eine Tasse starken schwarzen Kaffee nehmen, weil diese Stoffe die Wirkungen vieler Gifte aufheben.

Es ist zwar nichts Neues, wenn in Modeblättern kosmetische Rathschläge ertheilt werden, die sich von bedenklicher Kurpfuscherei nur um Haaresbreite unterscheiden. Auch an die gemüthliche Hausmittelecke der Familienblätter haben wir uns, da sie die Grenzen des ausgesprochen Gefährlichen doch nur selten überschreitet, einigermassen gewöhnt. Wenn aber jetzt dieses Unwesen schon anfängt, sich auf die Vergiftungen zu erstrecken, die wahrlich für allerlei Spielereien zu ernst sind, so muss man doch energisch dagegen Einspruch erheben. So wünschenswerth bei Vergiftungen rasche Hilfe ist, so gefährlich ist grade hier wahlloses Schematisiren. Schon mit den einfachsten, nächstliegenden Mitteln, mit Milch, Kaffee, Kreide kann man Unheil anrichten, wenn sie an unrechter Stelle angewandt werden, wieviel mehr mit Senfmehl, welches ein stark entzündungserregendes Mittel ist, dessen Anwendung durchaus dem Arzte vorbehalten bleiben muss. Der Rathgeber der „Frauenschönheit“ fragt natürlich nicht, ob die Vergiftung ein zweijähriges Kind oder einen Erwachsenen betroffen hat, ob sie mit Schwefelsäure oder mit Morphium erfolgt ist, ob freie Besinnung oder Bewusstlosigkeit besteht — desto mehr fragt die Natur nach solchen Unterschieden.

Die ernsthafte Laienpresse wird auch auf diesem Gebiete die Aufgabe haben, die Begriffe des Publikums zu klären, statt sie zu verwirren.

Neue Ministerial-Erlasse.

Erlass betreffend Festsetzung der Gehälter der nicht vollbesoldeten Kreisärzte und der Gerichtsärzte vom 27. August und 21. September 1901.

Der Erlass vom 27. August ist seinem wesentlichen Inhalt nach in No. 17 S. 367/8 wiedergegeben.

Der zweite Erlass enthält folgende wichtige Punkte: Bei der Festsetzung des Dienstalters ist die Dienstzeit als Kreis- oder Gerichtsphysikus, nicht aber die als Kreiswundarzt berechnet, die Gehaltzahlung wird auf den 1. April d. J. bezw. auf den Zeitpunkt des Dienstantritts des Kreisarztes, falls derselbe später erfolgt ist, zurückdatirt. Die Hinterbliebenen von seit dem 1. April verstorbenen Kreisärzten haben Anspruch auf die ihnen zustehenden Beträge nach Massgabe der jetzigen Feststellungen.

Erlass betreffend das Verhältniss der Kreisärzte zu den Gewerbeaufsichtsbeamten vom 24. Juli 1901.

Die Befugnisse, welche die Dienstanweisung im Paragraphen 11, 18 und 92 den Gewerbeaufsichtsbeamten gegenüber den Kreisärzten zuweist, sollen in Zukunft sämmtlich auch den Kreisärzten gegenüber den Gewerbeaufsichtsbeamten zustehen.

Erlass betreffend Regelung der Verhältnisse der Kreisärzte zu den Bergrevierbeamten vom 29. August 1901. (Nähere Besprechung vorbehalten.)

Erlass betreffend Anrechnung der einzelnen Beamten gewährten Dienst-, Stellen- u. s. w. Zulagen bei der Regelung von Pensionsbezügen vom 17. August 1901.

Die betreffenden Zulagen gelten als Diensteinkommen im Sinne des Paragraphen 27^2 des Zivilpensionsgesetzes.

Erlass betreffend Berechtigung der Zählkarten für Gestorbene seitens der Kreisärzte vom 20. August 1901.

Das statistische Bureau wird in Zukunft Zählkarten, auf denen die Todesursache unrichtig angegeben ist, zur Berichtigung nicht mehr an die Standesbeamten, sondern an die Kreisärzte senden.

Erlass betreffend Festsetzung der Gebührennachweise der Kreisärzte vom 29. August 1901. Paragraph 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 ist durch neuere Festsetzungen nicht verändert.

Erlass betreffend die Gebühren der nicht vollbesoldeten Kreisärzte für die Erstattung von Gutachten vom 16. September 1901.

Die Gebühren sind nicht in das gemäss Paragraph 119 der Dienstanweisung einzureichende Gebührenverzeichniss einzureihen.

Erlass betreffend die Festsetzung der Gebühren für von der Staatsanwaltschaft erforderte Gutachten eins Chemikers vom 17. September 1901.

Erlass betreffend die Geschäftsanweisung und Gebührenordnunng für die Königliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerungsbeseitigung vom 27. August 1901.

Erlass betreffend Benachrichtigung der Militärbehörden von dem Auftreten gefahrdrohender Volkskrankheiten durch die Civilbehörden vom 16. September 1901. S. No. 19 Seite 412.

Erlass betreffend die Vereine für Feuerbestattung vom 12. September 1901.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker, Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann, Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann, prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 21. Ausgegeben am 1. November.

Inhalt:

Rezidivirende doppelseitige traumatische Radialislähmung.

Von
Dr. **Borntraeger,**
Regierungs- und Medizinalrath.

Ein 44jähriger Brenner fiel 1896 in einem Brunnen in Folge Brechens der obersten Leitersprosse herab und schlug mit beiden ausgebreiteten Armen mit aller Gewalt auf die Balken, welche das Vorgelege für die Wasserpumpen tragen; er klagte sofort über grosse Schmerzen in den Armen und bewegte sie vor Schmerz heftig. Alsbald entwickelte sich an beiden Vorderarmen und Händen das ausgesprochene Bild der Radialislähmung. Bereits im Frühjahr 1897 begann sich der Zustand zu bessern, und zwei Jahre nach dem Unfalle, 1898, war von einer Lähmung oder Schwäche der Arme und Hände nichts mehr zu konstatiren, so dass die Rente entzogen wurde; der verletzt Gewesene wehrte sich hiergegen nicht, wenn er auch später angab, dass er seine frühere Kraft und Gsschickkeit in den Händen nie wieder voll erreicht habe.

Etwa zwei Jahre später und fast genau 4 Jahre nach dem Unfalle, 1900, machte sich ohne neue nachweisbare Ursache wiederum eine mässige Radialislähmung an den beiden Händen und Unterarmen geltend, welche an Intensität zunahm und sich mit einer ausgebreiteten Schultermuskel-Lähmung vergesellschaftete, derart, dass die Arme schlaff am Körper herabhingen und nur einige Zoll weit davon entfernt werden konnten, und dass „alle“ Schultermuskeln abgemagert erschienen. Gleichzeitig war das Hautgefühl an beiden Armen herabgesetzt.

Leider habe ich den Fall nicht selbst zur Untersuchung bekommen und daher weder den weiteren Fortgang des Leidens noch Näheres über die Art und Ausdehnung der Lähmungen, über die Zahl der ergriffenen Nerven und Muskeln, über das etwaige Bestehen von Entartungsreaktion u. dgl. m. erforschen können, jedenfalls scheint mir zweierlei an demselben wichtig zu sein: einmal dürfte das gleichzeitige Auftreten einer doppelseitigen traumatischen Radialislähmung ein seltenes Ereigniss sein, sodann aber ist das Wiederauftreten derselben nach 2jähriger scheinbarer Heilung, nach jedenfalls 2jährigem guten Funktioniren der Nerven, und das sich daran anschliessende Ergriffensein höher bezw. centralwärts gelegener Nerven doch auch eine beachtenswerthe Erscheinung.

Zu bemerken ist, dass ein Gutachter das zweite Auftreten

der Nervenlähmung, welches mit einem Status gastricus vergesellschaftet war, als Berufskrankheit und zwar als Folge der Einathmung giftiger Dünste (Kohlensäure, Fuselöle, Alkohol) ansehen wollte; ich habe jedoch hierfür keinen Anhalt finden können, sondern, ebenso wie ein weiterer Arzt, das jetzige Nervenleiden als eine Fortsetzung des früheren, also als eine Folge des Unfalls von 1896 ansehen zu müssen geglaubt.

Schussverletzung der Fossa supraclavicularis. Traumatische Hysterie mit Kontrakturen und Atrophie.

Von
Dr. M. Mayer-Simmern.
Kgl. Kreiswundarzt z. D.

Der 32 Jahre alte, mittelgrosse, kräftig gebaute, ziemlich gut genährte Patient stammt aus einer Familie, in der Nervenkrankheiten wiederholt beobachtet sind. Ein Bruder der Mutter hat durch Suicidium geendet, die Mutter selbst ist an Hysterie wiederholt von mir behandelt worden. Ausser einer ziemlich ausgesprochenen Intoleranz gegen Alkohol waren mir von der Norm abweichende Erscheinungen an dem jungen Mann selbst nicht bekannt geworden. Er ist als Ackerer und zeitweise als Metzger stets fleissig und völlig arbeitsfähig gewesen.

Bei der Rückfahrt von einem Hochzeitsfeste am 1. Oktober 1897 fuhr X. mit anderen Burschen in einem Wagen gemeinsam. Man schoss aus Pistolen Freudenschüsse in die Luft. Einer dieser, also aus allernächster Nähe abgegebenen Schüsse traf den jungen Mann. Rock und Hemde wurden durchlöchert, Haut und Unterhaut verletzt und eine tüchtige Blutung trat ein. Der Mann wurde zu Bett gebracht.

Als ich nach etwa einer Stunde ankam,*) traf ich im Hofe eine einen Meter lange, handbreite, quer vor dem dortstehenden Wagen verlaufende Blutspur. Befund:

X. liegt zu Bett. Die Hautfarbe und die Farbe der Lippen ist blass. Das Bewusstsein ist frei. Es bestehen Schmerzen im linken Arm, der angeblich nicht bewegt werden kann. In Chloroformnarkose wird die unregelmässig rhombisch geformte, etwa $3^1/_2$ cm der Länge und Breite nach messende, gerissene Ränder aufweisende Wunde der Fossa supraclavicularis sin. betrachtet und ausgetastet. Zwei Pfröpfe aus zusammengerolltem Papier von je Haselnussgrösse haben sich tief eingesenkt und werden mit Mühe aus der Tiefe ausgelöst Der Finger gelangt überall auf unverletzte Fascie. Die Höhle wird mit Jodoformgaze tamponirt, der Arm in eine Mitella gelegt.

Nach dem Erwachen giebt X. ebenso, wie vorher, an, er könne im Schultergelenk den linken Arm nicht bewegen. Stellenweise werden Berührungen am linken Vorderarm nicht empfunden.

Die Umgebung der Wunde bis hoch hinauf an den Hals zeigt Pulvereinsprengungen. Sublimatumschläge.

2. Oktober. Heftige Schmerzen in den Muskeln des linken Oberarmes erfordern die Anwendung von Morphiumpulvern. (0,012).

3. Oktober. Die Wundränder reinigen sich. Im Auswurf soll Blut gewesen sein: „braunrothe Schlappen". Das Allgemeinbefinden ist befriedigend. Tp. 37,3. Resp. 24. Der Puls ruhig, voll, gleichmässig. Keine Nachblutung, keine Eiterung. Tamp. mit Argent. nitr. Lösung.

5. Oktober. Die Wunde ziemlich reizlos, fast ohne Eiterung nimmt an Umfang ab. Die Sensibilität ist am ganzen linken Arm vollständig erhalten. Bewegungen im Schultergelenk werden nicht ausgeführt, der Arm hängt schlapp, wie todt herunter.

Reizende Einreibungen. Neue Tamponade.

8. Oktober. Allgemeinbefinden schlechter. Der Kopf wird mit der linken Seite abwärts geneigt gehalten. Die Schmerzen erforderten in zwei bis drei Tagen nahezu 0,12 Morphin. Ueber dem linken Oberlappen Schall etwas tympanitisch, diffuse Rasselgeräusche. Wegen starker Eiterung Spaltung der Wundränder. Neue Tamponade mit Argent. nitr. Lösung. ($^1/_4$ Prozent. Jpec. und Tr. Op. benz.

10. Oktober. Der Kopf wird stärker schräg gehalten. Tamp. mit Argent. und Bals. Peruv-Emulsion.

12. Oktober. Die Wunde ist rein. Feuchte Kompressen. Der Kopf wird mit der linken Seite der linken Schulter stärker genähert. Das Kinn ist dabei nach rechts gedreht. Die Kontraktur lässt sich durch leichten Druck noch überwinden. Starke Zuckungen der Nackenmuskulatur, die auch auf den Rücken und den Schlund ausstrahlen. Der linke Arm lässt sich aktiv an den Stamm anlegen. Ord.: Bromkali und Chloralhydrat.

13. Oktober. Die Kontraktur des Halses nimmt zu. Die Haut ist wund, durch enges Aneinanderpressen des Halses in queren Falten. Der Arm lässt sich etwas in die Höhe führen. Anfälle von Zuckungen, auch von Herzkrampf, treten häufig auf. Der l. Arm magert ab. Die Wunde heilt. Opiumgebrauch ist nun dauernd erforderlich.

23. Oktober. Der Kranke ist nun ununterbrochen im Bette und nimmt horizontale Rückenlage ein. Die Augen sind halb geöffnet. Das Gesicht ist blass, gefurcht; der Ausdruck bekümmert.

Die Klagen beziehen sich auf unruhige Träume, ängstliches Aufschrecken, Zusammenfahren. Der Schlaf ist nur kurz, wenig erquickend. Es besteht grosse Erschöpfung. Der l. Oberarm kann noch nicht über die Horizontale gehoben werden. Es bestehen heftige Schmerzen in allen Gliedern, besonders in der l. Schulter und dem l. Oberarm, Zuckungen im Halse, Verkrümmung des Nackens, Zuckungen der Bauchmuskulatur. Lässt man den Kranken gehen, so ist er nicht im Stande, sich aufrecht zu erhalten. Er hängt sich als schwere Last an den Arm des Pflegers und macht schleppend einige Schritte. Die Beine zeigen beim Aufstellen auf den Boden Steifheit. — Die grobe motorische Kraft des l. Armes ist schwächer, als die des rechten. Nach Bewegungen tritt Zittern ein. Die Zunge kann nicht weiter als 2 cm vor die Lippen geführt werden; der Mund wird nur mühsam geöffnet. Die Kaumuskeln sind in dauernder Kontraktur.

26. Oktober. Schluckkrämpfe hindern die Nahrungsaufnahme. Beim Trinken tritt Flüssigkeit aus der Nase. Der Hauptwulst am Halse betrifft den l. Splenius. Injektion von 2 mgr. Strychnin nitr. Ferner Extr. Opii aq. (0,5) 120,0 3stündl. einen Theelöffel.

28. Oktober. Der tonische Kaumuskelkrampf dauert fort. Auch passiver Oeffnung des Mundes wird Widerstand entgegengesetzt. Die Muskeln zeigen sich gespannt, gewulstet. Es besteht ferner tonischer Halsmuskelkrampf. Eine brettharte Kontraktur der Bauchmuskulatur der l. Seite. Beim Gelangen von Flüssigkeiten in den Pharynx treten Schlundkrämpfe auf. Fibrilläre Zuckungen in den l. Muskeln der l. unteren Extremität wurden von mir während des Besuches

*) Die Beobachtung ist auf dem flachen Lande gemacht. Ihre chirurgische Seite ist bereits früher (Volkm. Vortr. N. F. 216, S. 2) kurz erwähnt.

beobachtet. Beim Weglassen von Opium treten sehr heftige Schmerzen auf, die die Nachtruhe stören. Quälende Schweisse bestehen.

Die Abmagerung betrifft die Muskulatur des l. Armes, auch die Interossei. Das Heben des Armes aber bessert sich, der Arm kann über die Horizontale hinaus geführt und darüber gehalten werden. Ferner ist die Muskulatur des l. Oberschenkels von der Abmagerung betroffen; die Masse sind rechts 40, links 39 cm. Der Gang ist steif, das l. Bein wird nachgeschleppt. Die Kontraktur des Splenius ist etwas geringer. Auf Reizung mit dem faradischen Strome reagirt die Oberarmmuskulatur, aber schwach, die Vorderarmmuskulatur besser.

30. Oktober. Die Narbe ist druckempfindlich und schmerzhaft. Die Klagen beziehen sich heute mehr aut Erschwerung des Harnlassens, das Anstrengung erfordert, auf Schmerzen dabei.

Die Mundöffnung ist immer noch so gering, wie bisher. Hat sich wiederholt auf die Zunge gebissen. Schmerzen in der Zunge. Die Ueberwindung der Halsmuskelkontraktur gelingt, wenn durch zwei Personen der Kopf median gestellt und gehalten, die Schulter tiefer gedrückt wird. Wenn die Zuckung, der Krampf im Nacken nachlässt, löst sich auch die Kontraktur am Halse.

Einreibungen mit Ac. arom.; Op. mit Extr. Cann. ind. Galvanisation.

2. November. Die Kaumuskeln sind in Kontraktur, besonders der r. Pterygoideus ist hinter dem r. Ohr als druckempfindlicher, gespannter Wulst zu fühlen. Die Reflexe sind gesteigert. Fussklonus. Die Sensibilität ist ungestört. Die Schweisse lassen nach.

Am Halse ist der Splenius weniger stark in Kontraktur, als der Cucullaris. Die Schulter wird wieder bedeutend höher gezogen. Die Abmagerung am linken Arme und linken Bein ist unverändert. Der Gang ist immer noch schleppend.

6. November. Der Mund wird etwas weiter geöffnet; das Schlucken ist leichter, dagegen das Sprechen erschwert. Es bestehen heftige Empfindungen von Steifheit im Nacken, am Orte der Insertion des rechten und des linken Cucullaris. Heute sind beide Kopfnicker in Kontraktur, der obere Bauch des Omohyoideus ist ferner deutlich durchzufühlen. Störungen beim Harnlassen fehlen, der Fussklonus ist nur mit Mühe zu erzielen. die Patellarreflexe sind weniger stark gesteigert. Der Kranke kann heute allein aus dem Bette klettern, er lässt aber dabei den linken Arm herunterhängen. Die Schweisse lassen nach.

10. November. Kau- und Schlundmuskulatur sind nicht mehr in Kontraktur. Der Kopf lässt sich aktiv nach allen Richtungen drehen. Die Narbe liegt vollkommen frei, die Falten sind geschwunden. Zwischen immer noch hoch gehobener Schulter und Kinn lässt sich heute die ganze Handfläche einlegen. Die Kontraktur im Cucullaris ist mässig, im Splenius gering, im Kopfnicker ganz gering, der Omohyoideusstreif ist weniger deutlich ausgeprägt. Dagegen ist die Bauchmuskulatur stahlhart gespannt, ein Reflex ist nicht zu erzielen. Bei jeder Berührung des linken Oberarmes wird Schmerz geklagt, der Daumen sei taub. Die wesentliche Abmagerung des Oberarms, Vorderarms und der Interossei schreitet fort.

Morphin (0,15). Jodkali 2,0 zu 30 Pillen.

15. November. In Spannung sind heute linker Cucullaris, linker Pectoralis major, ferner die Bauchdecken. Es bestehen Klagen über erschwerte Respiration, Schmerzen L U; diffuse Rasselgeräusche daselbst.

Die Schultermuskulatur ist weiter abgemagert; auf direkte faradische Reizung reagirte der Muskel nur schwach.

18. November. Das Allgemeinbefinden hebt sich. Es tritt wieder Hoffnungsfreudigkeit, Sicherheit auf, der Gang ist weniger spastisch. P. ist im Stande, das Haus zu verlassen. Die Schulter wird noch etwas gehoben, der Kopf geneigt gehalten, Von Kontrakturen ist heute nur ein Krampf des Supinator longus nachweisbar. Der Arm wird leicht nach allen Richtungen geführt.

Aromatische Bäder.

22. November. Unter mässigem Opiumgebrauch (täglich 2 bis 3 mal 3 bis 4 cgr) weitere Besserung. Störend sind die Hyperalgesie, jede Berührung des Armes löst heftige Schmerzen aus; ferner Zuckungen in den Cucullares, die den Kopf als Ganzes bewegen und eine tonische Kontraktur des Supinator longus.

Der Gang ist sicher, die Haltung aber noch einseitig.

Die Masse sind:		R.	L.
Biceps in	Ruhe	24	20 cm
	max. Kontraktion	26	22 „
	Deltoidus . . .	25	23 cm

1. Dezember. Kommt per Wagen in die Sprechstunde, den er selbst kutschirt, nachdem das Pferd scheu geworden. Zuckungen fehlen vollständig. Die Klagen beziehen sich nur noch auf Taubsein und Gefühllosigkeit am linken Daumen, Spannung im Verlauf des Supinator longus. Die Schulter wird noch etwas in die Höhe gezogen, der Kopf abwärts geneigt.

Nachlass des Opiumgebrauches.

In der nächsten Zeit gleicht sich die Abmagerung langsam aus; das Gewicht steigt in drei Wochen um 10 kg auf 60 kg. Die Rekonvaleszenz wird durch gelegentliche Anfälle von Herzkrampf, Bronchitiden gestört. Vorübergehend tritt wieder Abmagerung, ferner Krampf im Supinator auf, der die völlige Streckung des Ellbogens erschwert. Die Heilung macht trotzdem Fortschritte.

1. August. Es besteht volle Arbeitsfähigkeit, gutes Aussehen. Der linke Arm zeigt keinerlei Bewegungsstörungen.

Die Masse sind:	R.	L.
Biceps	25	24
Vorderarm, oben. . .	26	25
„ unten . .	17	$16^1/_2$

Beim Berühren der Narbe soll ein eigenartiges Gefühl, wie ein Hauch durch den ganzen Arm hindurch gehen.

Die Heilung ist von Bestand gewesen.

In der „ärztlichen Sachverständigen-Zeitung“ vom 15. Juli 1898 bespricht Ernst Schultze einen Fall von traumatischer Hysterie, der zum Siechthum führte und in dem es zu einer Verurtheilung des Angeklagten nach § 224 gekommen ist. Ich hatte zur Zeit des Erscheinens des Artikels obige Beobachtung gemacht, in der ebenfalls, wenigstens in den ersten Monaten nach der Verletzung, die Voraussetzungen zur Anwendung des § 224 gegeben gewesen wären. Vor einer Veröffentlichung gedachte ich daher den weiteren Verlauf in den nächsten Jahren zu verfolgen. Der Fall ist inzwischen völlig geheilt und, wie noch eine jüngst vorgenommene Untersuchung lehrte, geheilt geblieben.

Eine direkte Zerstörung des Plexus brachialis durch den Schuss hatte ich während der Dauer der Beobachtung nicht angenommen; wohl aber eine Quetschung einzelner Aeste und eine Läsion der Nervi supraclaviculares.

„Die Nervi supraclaviculares verlaufen nach Henle (Nervenlehre S. 516) in dem Fett der Fossa supraclavicularis über den transversalen Aesten der A. subclavia abwärts, durchbohren zwischen den Rändern des Sterno-cleidomastoideus und Trapezius die oberflächliche Halsfascie und gelangen über das

Schlüsselbein zur oberen Region der Brust und über den Rand des Trapezius zur unteren Region des Nackens." Sie stammen aus den Nervi cervicales III und IV.

Der erste objektive Befund, die Austastung der Wunde, hatte eine Zerstörung des Plexus brachialis selbst mit Sicherheit ausschliessen lassen. Das stetige Irradiiren der Erscheinungen auf immer weitere Nervengebiete, die mit dem Plexus direkt nicht mehr in Zusammenhang stehen, die die Schlundkopfmuskeln, Kaumuskeln, die Bauchmuskulatur versorgen, liess es weiter für unwahrscheinlich ansehen, dass eine einzige anatomische Läsion die irreparable Ursache des ganzen vielgestaltigen Bildes sei und lehrte die Verletzung nur als auslösendes Moment ansehen. Dazu kam, dass die Pflegerin die Mutter war, bei der schon vor Jahren in meiner Behandlung eine Cardialgie ein Heer von Leiden im Gefolge gehabt hatte, so dass es auch damals Wochen dauerte, bis sich der Sturm gelegt hatte.

Nimmt man aber an, dass in der Fossa supraclavicularis zwischen oberflächlichem und tiefem Blatt der Fascia cervicalis die Nervi supraclaviculares verletzt waren und dass auf ihrer Bahn der Reiz zum Centralorgan geleitet wurde, dass von hier aus die motorischen Nerven in Mitleidenschaft gezogen wurden, so entspricht dies unseren heutigen Anschauungen. (Goldscheider, Oppenheim. Berliner klin. Wochenschr. 1896, 1159.)

Die Kontrakturzustände der Nackenmuskeln, die etwa am zwölften Tage nach der Verletzung einsetzten und mit Zuckungen der Nackenmuskulatur ursprünglich vergesellschaftet waren, dauerten etwa drei Wochen in unverminderter Stärke an und waren so bedeutend, dass die Haut sich in Querfalten legte, dass sich wunde Stellen daselbst ausbildeten und dass es der Kraft zweier Personen bedurfte, um durch aktiven Druck derselben auf die linke Kopfseite und aktives Niederdrücken der Schulter die Spannung zu überwinden. So oft ich in dieser Zeit den Verletzten sah, bestand die geschilderte Kontraktur; es ist jeder Zweifel ausgeschlossen, dass sie in der Zwischenzeit sich gelöst hätte. Deutlich war ein Wulst abtastbar, dessen Hauptmasse wesentlich aus dem linken Splenius bestand; betheiligt war ausserdem noch der linke Cucullaris.

Mit der Tetanie*) hat das geschilderte Krankheitsbild viele Berührungspunkte.

Auch bei der Tetanie können Nackenmuskeln, Brust- und Bauchmuskeln, Schlund- und Zungenmuskeln in Kontraktur sich befinden, heftiger Harndrang und Erschwerung des Harnlassens auf Krampf des Blasenschliessmuskels deuten. Das Freisein des Bewusstseins, das Auftreten feinerer und gröberer Muskelzuckungen in den befallenen Muskelgruppen, die Schmerzen, die Paraesthesien, die profuse Schweisssekretion kommen auch der Tetanie zu. Es fehlt jegliche Betheiligung der Finger und Hände an den Krampfzuständen.

Erwähnenswerth ist die Verschlimmerung der Kontrakturen nach der Strychnininjektion vom 23. Oktober, die zur Bekämpfung der paretischen Erscheinungen des linken Armes angewandt worden war.

Da aber die Einspritzung nur ein einziges Mal geschah, vor derselben das Krankheitsbild dieselben Eigenthümlichkeiten bereits aufgewiesen hatte, der Verlauf im Grossen und Ganzen nicht dadurch beeinflusst worden ist, so kann die Strychninwirkung aus der Betrachtung ausgeschaltet werden.

Von vornherein schrieb ich der Hysterie einen wesentlichen Antheil an dem Auftreten der Erkrankung zu. Es musste daher auf jede Weise zu hindern versucht werden, dass der Fall ein forensischer wurde, da ich durch etwaige Untersuchungen, Verhandlungen eine Verschlimmerung befürchtete. Thatsächlich ist es gelungen, die Angehörigen von einer Anzeige abzuhalten; sie gaben sich mit einer billigen Entschädigung zufrieden.

Wäre es zur Verhandlung gekommen, so würde natürlich auch die Wundbehandlung zur Sprache gebracht worden sein und es würde die Frage haben aufgeworfen werden können, ob der Ersatz der Jodoformgazetamponade durch solche mit schwacher Argentumnitricumlösung ($^1/_{10}$ bis $^1/_4$ Prozent), später durch Perubalsamemulsion, etwa einen Einfluss auf die Entstehung der Krampferscheinungen auszuüben vermocht habe.

Analoges kennen wir ja auch vom Tetanus.

Focke (Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1899, Suppl. S. 102) theilt Fälle mit, in denen ein Zusammenhang der Erkrankung mit der ärztlichen Behandlung insofern in Frage stand, als zu entscheiden war, ob der Arzt bei einer bereits unreinen Wunde die Desinfektion unterlassen habe. Wir können hinzufügen: Der Sachverständige hat zu beurtheilen, ob die bei der Behandlung angewandten Mittel, die zur Wundversorgung dienten, die bereits infizirte Wunde durch ihre chemische Einwirkung noch stärker gereizt haben, so dass der auf die Nerven ausgeübte Reiz derart gesteigert wurde, dass er den Eintritt von Muskelzuckungen auslöste.

Nun sind eine grosse Zahl unserer antiseptischen Mittel pyogene, gehören also in bestimmter Konzentration zu den Reizmitteln. L. Lewin (Nebenwirkungen der Arzneimittel. 3. Aufl. S. 525) berichtet von Jodoformabscessen, die ganz selten nach zu reichlicher Anwendung von Jodoform, besonders in den Weichtheilen sich zeigen.

E. Tavel. Bakteriologisches und Klinisches über *Vioform*. (D. Zeitschr. f. Chir. Bd. LV. No. 5 und 6) beobachtete nach Injektion von 0,1 bis 5,0 Vioform an der Injektionsstelle Geschwülste. „Die an mehreren Thieren vorgenommene bakteriologische Untersuchung des eitrigen Inhaltes der erwähnten Geschwülste zeigte, dass es sich um sterilen Eiter handelte: das Vioform hat also eine ziemlich starke chemotaktisch positive Wirkung."

Die pyogene Wirkung vieler anderer Antiseptika ist bekannt. Es lässt sich nun nicht ausschliessen, dass trotz vorschriftsmässiger Wundbehandlung in seltenen Fällen ein schädigender Reiz auf die sensiblen Nerven der Wunde durch das Heilmittel ausgeübt wird, dessen Wirkung alsdann nicht die des infektiösen Eiters neutralisirt, sondern dessen reizende Wirkung noch vermehrt.

Hier darf daran erinnert werden, dass H. Munk den ganzen Symptomenkomplex der Tetanie bei Hunden auf Reizungen bezog, welche die in der Umgebung der Wunde befindlichen Nerven bei der Operation der Schilddrüsenentfernung und bei der Heilung erfahren. Durch Injektion von Krotonöl 1 : 50 in der Umgebung der Drüse erzeugte er phlegmonöse Entzündung an dieser Stelle und bekam tetanie-ähnliche Symptome.

Ist ein Zusammenhang zwischen chemischen Reizmitteln und Krampfanfällen, die von einer Reizung der der Wunde benachbarten Nerven ausgehen, bereits bei ärztlicher Behandlung der Wunde möglich, so ist er in der Kurpfuscher-Praxis*) bei der Stärke der dort angewandten Reizmittel noch eher verständlich.

---

*) Vergl. a) Habart, Aerztl. Sachv. Ztg. 1900, 267. Schwere traumatische Hysterie unter dem Bilde der Tetanie. b) Westphal, Berl. klin. Wochenschrift 1898, S. 802.

*) Vergl. den Fall von Zaggl, Münchoner mediz. Wochenschr. 1901, S. 1606.

Kindesmord oder zufälliger Erstickungstod des Kindes während der Ohnmacht der Mutter?

Gerichtsärztliches Gutachten

von

Dr. **Peter Defranceschi**-Rudolfswert

nebst Obergutachten der med. Fakultät in Graz.

Die gewesene Dienstmagd K. B. ging am 30. Oktober 1899 um $2^1/_2$ Uhr Nachmittags in den ungefähr eine halbe Stunde von R. entferten Wald auf Laubrechenarbeit. Kaum dort angekommen, erklärte sie sogleich den Mitarbeiterinnen, sie könne wegen heftiger Bauchschmerzen an der Arbeit nicht theilnehmen. Darauf ging sie ungefähr 100 Schritte gegen R. zu und 30 Schritte vom Fahrwege links seitwärts unter eine Fichtengruppe, woselbst sie in einer kleinen Felsenschlucht ein uneheliches Kind, männlichen Geschlechtes, gebar. Während des Geburtsaktes soll sie plötzlich ohnmächtig geworden sein und nach dem Erwachen ein todtes Kind zwischen den Oberschenkeln gefunden haben.

Da unter diesen Umständen der Verdacht auf einen Kindesmord nicht unbegründet war, wurde im Auftrag der k. k. Staatsanwaltschaft die Leicheneröffnung des Kindes von den Kollegen A. und B. vorgenommen. Dieselben nahmen auf folgenden

Befund:

I. Aeussere Besichtigung.

Die Leiche entspricht nach ihren Grössenverhältnissen der eines vollkommen ausgetragenen, neugeborenen Kindes. Die Nabelschnur hängt noch an dem Nabel in einer Länge von 2 cm und erscheint abgerissen. Die Kopfgeschwulst befindet sich über dem rechten Seitenwandbein und theilweise über dem Hinterhauptsbein. An der Kindesleiche, welche, in zwei Tücher eingewickelt, am Bauche und an den Füssen mit einer geringen Menge von Moos bedeckt ist, kann eine Beschädigung nicht konstatirt werden.

II. Innere Besichtigung.

1. Nach Eröffnung des Schädels erscheinen die Hirnhäute sehr blutreich, die Hirnsubstanz sehr weich, beinahe zerfallen, die Marksubstanz mit zahlreichen, kleinen und grösseren Blutpunkten durchsetzt.

2. Nach Eröffnung des Brustkorbes erscheint der Herzbeutel mit einer ziemlich grossen Fläche vorgelagert, die Lungen beiderseits stark zusammengesunken. Im Herzbeutel befindet sich eine kleine Menge dunkelrother Flüssigkeit, das Herz ist entsprechend gross, die linke Herzkammer kontrahirt, beinahe leer, die rechte Herzkammer ist schlaff und enthält eine ziemliche Menge dunkeln, flüssigen Blutes. Die linke Lunge ist klein, das Gewebe leberartig, dunkelbraun, roth verfärbt, an der Schnittfläche sind nur Spuren einer röthlichen, schaumigen Flüssigkeit. Die rechte Lunge zeigt eine ebensolche Beschaffenheit. Bei der Lungenprobe schwimmen beide Lungen im Wasser, während einzelne Partikelchen der Lunge theils auf dem Wasser verbleiben, theils untersinken. Der Magen ist senkrecht gestellt und leer. Die Leber ist entsprechend gross, stark dunkelbraun verfärbt, von weicher Konsistenz. Die Nieren sind von normaler Grösse und Struktur. Im Darm befinden sich beträchtliche Mengen von Kindspech. In den Schleimhäuten, insbesondere in jener des Rachens und des Kehlkopfes, findet man deutlich ausgeprägte Blutpunkte.

Gutachten.

Aus dem Befunde der obduzirten Kindesleiche geht hervor, dass das Kind lebend geboren wurde, dass es jedoch nur kurze Zeit nach der Geburt gelebt haben konnte. Aus dem Lungenbefunde ist dies ersichtlich, nach dem die Lungen theilweise lufthaltig sind, jedoch an mehreren Stellen vollkommen leberartige Beschaffenheit aufweisen. Der Tod des Kindes ist in Folge mangelhafter Zufuhr von Luft in die Luftwege eingetreten. Es ist dies ersichtlich aus dem Obduktionsbefunde und es weist darauf hin insbesondere: 1. die Blutfülle der inneren Organe, 2. die dunkle, flüssige Beschaffenheit des Blutes und 3. die Blutaustritte in die Schleimhäute. Wie bereits im Befunde erwähnt wurde, konnte an der Leiche keine Gewaltanwendung konstatirt werden.

Ueber besonderes Befragen erklären die gefertigten Sachverständigen, dass die Mutter das Kind im Freien, in hockender Stellung geboren habe, und während der Geburt des Kindes von einer Ohnmacht befallen worden sein konnte, und das Kind in Folge dessen mit den Unterröcken oder sogar von der ohnmächtigen Mutter selbst bedeckt, den Erstickungstod gefunden haben konnte, da keine Beihilfe vorhanden war. — So der gerichtsärztliche Befund und Gutachten.

Der Herr Staatsanwalt stellte hierauf folgende Anträge:

I. Die gutachtliche Erklärung der Gerichtsärzte, dass der von der K. B. behauptete Ohnmachtsanfall nicht ausgeschlossen sei, und dass demnach das Kind in eine derartige Lage gerathen sein könnte, die zur Erstickung des Kindes habe führen können, ist entschieden verfrüht und somit geeignet, auf den Prozess verwirrend einzuwirken, denn zu einer solchen Begutachtung fehlt noch derzeit das nöthige Beweissubstrat. So z. B. sind die Beckenmasse der Wöchnerin nicht abgenommen worden, ja, die Letztere wurde nicht einmal ärztlich untersucht. Man könnte vielleicht auf Grund der Ergebnisse einer solchen Untersuchung darauf schliessen, ob die Geburt eine schwere oder leichte oder gar eine überstürzte gewesen ist. Von grosser Wichtigkeit ist hierbei die Angabe der Beschuldigten, dass sie, jede fremde Beihilfe absichtlich bei Seite lassend, in knieender Stellung mit den Händen nach vorne gestützt den letzten Wehenakt und die Entbindung durchgemacht habe und darauf allein ohne fremde Beihilfe nach Hause gegangen sei. Von besonderer Wesenheit ist auch die Feststellung der Terrainsituation am Entbindungsorte.

II. Meines Erachtens ist der Obduktionsbefund ein mangelhafter, denn es fehlen darin die Feststellungen der Längen- und sonstigen Körpermasse, aus welchen man schliessen könnte, ob das Kind ausgetragen und lebensfähig war.

Ich beantrage daher, die sofortige Untersuchung der Beschuldigten durch die hierortigen Gerichtsärzte zu veranlassen, wobei dieselben zur Abgabe des Gutachtens in der Totalität einzuladen wären.

Nach der Untersuchung der Mutter und erfolgter Einsichtnahme in die Untersuchungsakten gaben die Sachverständigen am Sitze des Gerichtshofes folgendes Gutachten ab:

I. Das obduzirte Kind ist reif, ausgetragen und lebensfähig gewesen, denn es steht in dem Befunde: „Die Leiche entspricht nach ihren Grössenverhältnissen der eines vollkommen ausgetragenen Kindes.“ Man soll allerdings in ähnlichen Befunden die Körperlänge, das Gewicht, die Durchmesser des Kopfes, die Schultern- und Hüftbreite, endlich auch die Grösse des Knochenkernes wenigstens auf dem unteren Ende des Oberschenkelknochens angeben, denn nur auf Grund solcher Angaben können sich andere Sachverständige, die der Leicheneröffnung nicht beigewohnt haben, ein Urtheil bilden, und ein selbständiges, unbeeinflusstes Gutachten abgeben. Da im vorliegenden Falle das Kind bereits obduzirt gewesen ist und deswegen bestimmte Masse auch nach der eventuellen Exhumirung nicht hätten gewonnen werden können, erklärten die Unterzeichneten eine Exhumirung als keinen Erfolg ver-

sprechend. Nachdem die Obduzenten mit Sicherheit von der Reife des Kindes sprechen, so haben wir keinen Grund, daran zu zweifeln, da wir sicher sind, dass Aerzte die Reife eines Neugeborenen werden bestimmen können.

Aber auch aus dem Befunde an der Mutter schliessen wir, dass das Kind ein reifes gewesen ist, denn an der Scheide und am Schamlippenbändchen fanden wir einen 2 cm langen Einriss, welcher für eine entsprechende Grösse des Kopfes spricht. Es pflegt allerdings bei jeder Erstgebärenden, wenn kein Dammschutz sachverständig ausgeübt wurde, ein ähnlicher Einriss zu entstehen, ein Zeichen, dass der Durchmesser des Kopfes grösser ist als jener des noch nicht ausgedehnten Scheideneinganges.

II. Das Kind hat nach der Geburt geathmet, somit gelebt, denn die Lungen waren in einzelnen Partien lufthaltig und war die Lungenprobe positiv.

III. Die Todesursache war Erstickung, herbeigeführt durch mangelhafte Luftzufuhr. Dies entnehmen wir aus den Blutaustritten, die im Rachen und Kehlkopf gefunden worden sind.

Der Herr Staatsanwalt stellte hierauf an die Sachverständigen folgende Anfragen:

„Die Beschuldigte verantwortet sich damit, dass sie in dem Moment des Entbindungsaktes ohnmächtig geworden sei, nach erlangtem Bewusstsein aber das Kind todt aufgefunden habe. Wenn auch über die nun zu lösende Frage bereits gutachtliche Aeusserungen vorliegen, welche aber meines Erachtens von prozessleitender Stelle verfrüht abverlangt wurden, so wünsche ich im gegenwärtigen Prozessstadium die Lösung der Frage, ob unter den gegebenen Verhältnissen, welche die Untersuchung, das Ergebniss des Lokalaugenscheines mit inbegriffen, zu Tage förderte — nämlich, dass die Beschuldigte, vom Wege abweichend, sich auf ein abschüssiges Terrain zwischen zwei Felsen postirte, bei welchem bereits ein Loch zur Bergung des Kindes vorhanden war, dass sie in dieser steilen Lehne entbindend, ohnmächtig geworden sein soll, dann aber doch in der Lage war, das Kind zu bergen, nach Inhalt des Lokalaugenscheinprotokolles einen weiten, holperigen Weg, bestehend aus einer Entfernung von 3300 Schritten, bis zum Elternhause zurückzulegen und sohin selbst auf den Ofen zu steigen, Tags darauf aber noch ebenfalls in der Lage war, in Begleitung einer Frau vom Elternhause aus den Weg bis zur Entbindungsstelle und zurück zurückzulegen, 1. anzunehmen ist, dass eine Person, welche über dieses Ausmass physischer Kraft zu verfügen im Stande war, thatsächlich im Moment der Entbindung ohnmächtig geworden sein konnte, 2. im zutreffenden Falle, ob diese Ohnmacht von so langer Dauer gewesen sein konnte und musste, dass das zur Welt gebrachte Kind, welches die Beschuldigte, nachdem sie aus der Ohnmacht erwacht war, zwischen den Beinen am Gesicht liegend, gefunden haben soll, unter diesem Ohnmachtsstadium durch Erstickung den Tod gefunden haben konnte oder musste, oder ob nicht eher anzunehmen ist, dass die Beschuldigte als Gebärende absichtlich das Kind in solcher Lage beliess, damit dasselbe ob Mangels des Zutrittes atmosphärischer Luft durch Erstickung ums Leben komme.

Zur Beantwortung dieser Fragen beantragten die Sachverständigen, zu erheben: 1. zu welcher Zeit die Beschuldigte vom Hause aufbrach, wann sie am Orte, wo Laub gerecht wurde, eintraf, wann sie sich von dort entfernte — Alles in Zeitangaben; 2. wie lange ein schwächliches Weib von der obgenannten Stelle bis zum Entbindungsorte und von da bis zum Elternhause der Beschuldigten benöthigt — Zeitangeben! 3. welche Zeit die Beschuldigte am nächsten Tage zur Zurücklegung des Weges bis zur Entbindungsstelle und zurückbrauchte?

Nachdem die vorstehenden Fragen gerichtlicherseits beantwortet wurden, vervollständigten die Sachverständigen ihr Gutachten folgendermassen:

Die Beschuldigte brach vom Hause um $1/2$ 2 nachmittags auf, kam gegen $1/4$3 am Orte, wo das Laub gerecht wurde, an, verweilte dortselbst etwa eine Viertelstunde und entfernte sich von dort gegen $1/2$3. Von da an fehlt jede objektive Zeitangabe bis 7 Uhr abends, zu welcher Zeit sie erwiesenermassen zu Hause eintraf. Aus der Aussage der Beschuldigten und aus dem Lokalaugenscheine entnehmen wir, dass K. B. bis zur Stelle, wo sie geboren hatte, 28 mal von Wehen befallen wurde, die immer schneller aufeinander folgten. Wenn der ganze Weg bis zur Entbindungsstelle 1248 Militärschritte, und zwar bergab, beträgt, so dürfen wir annehmen, dass eine Frauensperson in einem solchen Zustande in etwa 20 Min., die Wehen nicht mit eingerechnet, zurückgelegt haben konnte. Berechnen wir nun jede Wehe durchschnittlich auf je 2 Min., so beträgt die gesammte Wehenzeit 56 Minuten. Die Zeit für den Weg mit 20 Minuten gerechnet, dürfte die K. B. um $3/4$ 4 an der Entbindungsstelle eingetroffen sein.

Nach eigener Angabe soll sie etwa um 5 Uhr geboren haben. Falls sie sich faktisch dann nach Hause begeben hatte, so brauchte sie ungefähr 2 Stunden, um dortselbst um 7 Uhr abends anzukommen, welcher Weg auch von schwächlichen Personen in einer halben Stunde zurückgelegt werden kann.

Die angegebenen Zahlen haben zwar keinen positiven Werth, es lässt sich jedoch soviel aus ihnen entnehmen, dass die Angaben der K. B. bezüglich der Wehen, der angeblichen Geburtszeit und des Weges nach Hause wahr sein können. Hier müsste man sich fragen, ob man aus der Aussage der Beschuldigten auf solche Zustände schliessen darf, die eine Ohnmacht bewirken könnten.

Dies müssen wir bejahen. Die Wehen mussten stark gewesen sein, um die reife Frucht aus dem gracilen Becken in die Scheide zu pressen. Sobald dies geschehen, hörten die hemmenden Verhältnisse auf, und das Kind konnte im schnellen Durchtritt durch die Scheide aus dieser herausstürzen, wobei an der hinteren Wand ein ziemlich grosser Riss entstand. Die Sturzgeburt in dieser Art ist nicht von der Hand zu weisen und spricht für dieselbe auch die angegebene Stellung der Gebärenden. Bei dieser wirkt nämlich die Bauchpresse viel energischer mit, und kein Hinderniss steht dem Hervorschiessen des Kindes entgegen.

Solch rasche Entleerung der Gebärmutter kann nun zur plötzlichen Blutüberfüllung des Unterleibes und zur nachfolgenden Anämie des Gehirnes führen. Nimmt man noch die Übermüdung, die Angst und die erzeugte Aufregung dazu, so kann leicht eine tiefe Ohnmacht eintreten, die jede Erinnerung an die Vorgänge gleich nach der Geburt verhindert.

Die Beschuldigte giebt mit Sicherheit den Zeitpunkt des Eintrittes der Ohnmacht an: gerade als das Kind aus dem Geschlechtskanal hervorstürzte. Bei einer Erstgebärenden ist eine solch' positive Angabe von grösster Wichtigkeit, da thatsächlich zur Zeit des Durchschneidens des Kopfes, allerdings nicht allzu häufig, Ohnmachten einzutreten pflegen. Dass die Beschuldigte später einen weiten, holperigen Weg zurücklegen und dann ohne fremde Beihilfe auf den Ofen steigen konnte, spricht nicht gegen die Glaubwürdigkeit ihrer Angaben, denn man beobachtet ja bei Zahnextraktionen, Einschnitten in die Haut, im Allgemeine bei mehrfachen kleinen Operationen, tiefe Ohnmachten. Nachdem die Patienten erwacht sind, stehen sie auf und entfernen sich, ohne welche weiteren Beschwerden.

Uebrigens ist es bekannt, dass Zigeunerinnen gleich nach der Entbindung aufstehen und mit ihrer Gesellschaft weiter ziehen.

Daraus kann man auch ersehen, dass die Beschuldigte den nächsten Tag ohne besondere Beschwerden mit einer 67 jährigen, schwächlichen Frau den Weg zur Entbindungsstelle und zurück, in der für Schwächliche angegebenen Zeit zurücklegen konnte.

Nachdem wir im Vorhergehenden die Möglichkeit einer Ohnmacht nicht in Abrede stellen konnten, müssen wir die zweite Frage des Herrn Staatsanwaltes dahin beantworten, dass mit Rücksicht darauf, dass das Kind zwischen den Beinen der Gebärenden, bedeckt mit allen Kleidern am Gesichte gelegen ist, und nach dem Ergebnisse des Lungenbefundes (Atelektase) kaum einige Athemzüge gethan hat — auch eine Ohnmacht von sehr kurzer Dauer zur Erstickung des Kindes genügte, im vorliegenden Falle aber mit Rücksicht auf die oben angeführten Umstände die Ohnmacht längere Zeit gedauert haben dürfte.

Im Hinblick auf die vorstehenden Ausführungen geben wir ab folgendes

Endgutachten.

Wir können nicht in Abrede stellen, K. B. habe sich zur Zeit der Entbindung in einem Zustande der Bewusstlosigkeit befunden, und sei deshalb ausser Stande gewesen, den Erstickungstod des Kindes zu verhindern. (Schluss folgt.)

Ueber die Anforderungen an das Sehvermögen der Eisenbahnbediensteten.

Von

Sanitätsrath Dr. **Pollnow**-Berlin,

Bahnarzt.

Nach dem Ministerialerlass vom 5. August 1898 werden die Eisenbahnbediensteten mit Bezug auf die Anforderungen an ihr Sehvermögen in drei Gruppen A, B (I und II), und C eingetheilt: Die Gruppe A soll auf jedem Auge $^2/_3$, die Gruppe B auf den einzelnen Augen mindestens $^2/_3$ und $^1/_3$, die Gruppe C mindestens $^1/_2$ und $^1/_6$ Sehvermögen des von Snellen als Einheit angenommenen Masses besitzen. Diese Leistungen werden beim Eintritt in die Beschäftigung oder beim Uebertritt aus einer Beschäftigung, die geringere Anforderungen an das Sehvermögen, in eine solche, die höhere Anforderungen (also von C in B und von B in A) stellt, gefordert und müssen für Klasse A und B I ohne Brille erfüllt werden, während bei B II und C eine Brille benutzt werden darf. Wie aus den weiteren Bestimmungen des Erlasses (Abschnitt V) hervorgeht, ist es möglich, bei bereits im Dienst befindlichen Personen in einzelnen Fällen auch unter diese Anforderungen herunterzugehen, ohne die Betriebssicherheit zu gefährden, und es könnte daher der Wunsch berechtigt erscheinen, schon von vornherein die Anforderungen im Allgemeinen niedriger zu stellen. In der That fordert die Bayerische Staats-Eisenbahnverwaltung nur für die Lokomotivführer ein Sehvermögen von $^2/_3$ auf jedem Auge, während für alle übrigen Dienststellen $^1/_2$ Sehvermögen bei der Neuannahme für ausreichend erachtet wird. — Während die jetzt geltenden Bestimmungen mit Rücksicht darauf normirt sind, die im Interesse der Betriebssicherheit als mindestens nothwendigen Sehschärfen festzusetzen, kann es jedoch keinem Zweifel unterliegen, dass in eben diesem Interesse es wünschenswerth ist, ein Personal zu besitzen, das möglichst gutes, über das Mindestmass hinausgehendes Sehvermögen hat: ein Betriebshinderniss, welches ein Lokomotivführer mit $^2/_3$ Sehvermögen noch zeitig genug erkennen kann, um einen Unfall zu vermeiden, wird ein solcher mit $^1/_1$ oder noch darüber hinausgehender Sehschärfe noch früher erkennen und die drohende Gefahr umso sicherer vermeiden können. Bei dieser Sachlage dürfte es von Interesse sein, sich einen Ueberblick darüber zu verschaffen, ob die Eisenbahnverwaltungen gegebenenfalls in der Lage wären, sich genügend Personal mit besserem Sehvermögen verschaffen zu können. Ich habe seit Juni 1897 bei Jedem, der von mir behufs Feststellung seiner Brauchbarkeit für eine Beschäftigung im Eisenbahndienst untersucht worden ist, das Ergebniss der Sehprüfung notirt und bin daher in der Lage, über 1508 Leute, die ich seit jener Zeit bis Mitte September 1901 untersucht habe, eine Statistik mitzutheilen:

Von diesen 1508 Leuten hatten auf den einzelnen Augen

I ohne Brille:

1.	$^5/_4$ oder $^5/_5$	Sehvermögen	840	A
2.	$^5/_4$ oder $^5/_5$ und $^5/_{7,5}$ . .	„	146	A
3.	$^5/_{7,5}$	„	230	A
4.	$(^5/_4, ^5/_5)$ $^5/_{7,5} + ^5/_{15}$ $(^5/_{10})$.	„	85	B I
5.	$^5/_{10}$	„	22	C
6.	$(^5/_4, ^5/_5, ^5/_{7,5})$ $^5/_{10} + ^5/_{30}$ $(^5/_{15})$	„	73	C

II mit Brille:

7. nur mit Brille brauchbar 37 B II und C

III

8.	auf keinem Auge $^5/_{10}$ . .	Sehvermögen	10	unbrauchbar
9.	auf einem Auge weniger als $^5/_{30}$	„	17	unbrauchbar
10.	farbenblind	„	48	unbrauchbar

Die ersten drei Klassen betragen 81 Prozent aller Untersuchten, und diejenigen, die auf den einzelnen Augen mindestens $^5/_5$ Sehvermögen hatten, 56 Prozent, während die weniger als $^5/_{10}$ Sehvermögen Besitzenden einschliesslich der Farbenblinden nur 5 Prozent betragen. Hieraus dürfte mit Sicherheit hervorgehen, dass die preussische Eisenbahnverwaltung eher in der Lage wäre, die Anforderungen an das Sehvermögen der Anzustellenden zu erhöhen, als in die Gefahr zu kommen, aus Mangel an geeigneten Bewerbern diese Anforderungen herabsetzen zu müssen.

Referate.

Chirurgie.

Zur traumatischen Aetiologie maligner Tumoren.

Von Kempf.

(Dissert. Göttingen 1900.)

Aus einer Tabelle über die in der Göttinger chirurgischen Universitätklinik vom 1. Januar 1880 bis zum 31. Dezember 1899 behandelten malignen Tumoren ergiebt sich, dass auf 1767 untersuchte maligne Tumoren 45 entfallen, bei denen die Entstehung von Seiten der Patienten auf ein Trauma zurückgeführt wurde, 20 Carcinome, 23 Sarkome, 2 Enchondrome. Bei 19 Ademomen wurde in keinem Fall etwas von einem voraufgegangenen Trauma erwähnt. Von den auf Trauma bezogenen Geschwülsten sassen 18 an den Extremitäten (14 Sarkome, 2 Carcinome, 2 Enchondrome), 14 Carcinome an den Weichtheilen des Kopfes, 3 Sarkome am Hoden. Von 404 Mammatumoren konnte nur bei dreien die Möglichkeit einer traumatischen Aetiologie in Frage kommen.

Von den obengenannten 45 Fällen, die den Gedanken an eine traumatische Entstehung nahelegten, sind 21 als wenig wahrscheinlich wieder auszuscheiden. Die Krankengeschichten, welche die Arbeit bringt, sind meist interessant; das Gesammtergebniss ist, dass der Trauma keine allzu grosse Rolle in der Aetiologie der bösartigen Geschwülste spielt.

P. Stolper-Breslau.

Ein Fall von plastischer Restitution der Nasenspitze.

Von Dr. Herzen.

(Wratsch 1901, No. 9.)

Der 39jährigen Patientin wurde von einem betrunkenen Manne die Nase abgebissen. Nach dem Krankenhause kam die Patientin erst nach drei Tagen, als die Nasenspitze bereits in Fäulniss übergegangen war. Es waren abgebissen: die Nasenflügel in einer Ausdehnung von 1,5 cm von der Basis und ein über 2 cm grosses Stück des Septums. Die Wunde an den Nasenflügeln und am Septum war verheilt. An der Verbindungsstelle der Nasenflügel mit dem Nasenrücken bestanden jedoch noch reichliche Granulationen, die ein rothes Gewächs von der Grösse einer Himbeere bildeten. H. führte nun folgende Operation aus: Von der Haut der Stümpfe der Nasenflügel schnitt er je einen kleinen Lappen aus, die in ihrem oberen Theile schmäler, im unteren breiter (0,3—0,5 cm) waren und wendete die beiden Lappen der Mittellinie zu. Hierauf löste er durch eine an der Spitze des Stumpfes der Nasenscheidewand geführte longitudinale Incision beiderseits die vernarbte Schleimhaut von Verwachsungen und schob die erstere etwas nach hinten und fixirte sie hier mittels zwei bis drei Nähten. Jeder der nach innen gewendeten Lappen wurde an dem entsprechenden freien Rande der Schleimhaut des Septums fixirt, wodnrch vollständige Restitution der Nasenhöhle erreicht wurde. Hierauf wurde der rechten Wange ein Hautlappen von entsprechender Grösse entnommen, dessen Basis an der rechten Seite des Knochengerüstes der Nase zu liegen kam, und der an die bei der vorangehenden Operation angefrischten Oberfläche transplantirt und sorgfältig an die Ränder des Defekts genäht wurde. Die Wunde der Wange wurde mittels Naht geschlossen. Die Spitze des Hautlappens wurde an die Ueberreste der Basis der Nasenscheidewand genäht und in das Nasenloch ein Drain eingeführt. Am achten Tage nach der Operation wurden sämmtliche Nähte entfernt. Ueberall trat Heilung per primam ein. Sämmtliche Lappen waren gut verwachsen; nur derjenige schmale Theil des Hautlappens, der dicht unter der Nasenspitze das Hautseptum bilden sollte, wurde nekrotisch. Nach 34 Tagen wurde die Patientin als geheilt entlassen. Die Länge der Nase betrug fünf cm, von denen 2,1 cm auf den implantirten Lappen kamen.

Lb.

Zur Behandlung der irreponiblen Unterkiefer-verrenkung.

Von Dr. Kramer-Glogau.

(Centralbl. f. Chir. 1901, No. 14.)

Verfasser empfiehlt, bei Nichtgelingen der unblutigen Einrichtung des verrenkten Unterkiefers einen Schnitt dicht an dem Unterrande des Jochbeins anzulegen und von da aus die eine Reposition verhindernden Band- und Muskelfasern zu durchtrennen, was geschehen kann, ohne die Gelenkkapsel zu eröffnen. Er empfiehlt ferner, bei unblutiger Reposition, nachdem das Gelenkköpfchen durch Druck auf die hinteren unteren Backzähne in das Niveau des Tuberculum articulare gebracht ist, den Druck von aussen fortzusetzen. Seelhorst.

Ein Fall von Schusswunde der Mundhöhle.

Von Dr. Steinhaus.

(Djetskaja Medizina, 1901, No. 2. P. med. Woch.)

Das 11jährige Mädchen, das durch Unvorsichtigkeit eine Flintenschrotladung in das Gesicht erhalten hatte, bot folgende Erscheinungen dar: Das Gesicht ist durch Pulverdampf verbrannt, die rechte Wange geschwollen, die Unterlippe eingerissen auf 1 cm Tiefe, wobei die Wunde mit grauem Belag bedeckt ist. Die Gingiven sind geschwollen, im Oberkiefer fehlen der linke Eckzahn und rechts ein kleiner Backenzahn, im Unterkiefer dagegen sind sämmtliche Zähne bis auf den linken Eckzahn und die Molares fortgerissen worden. Die Zunge ist der Länge nach in zwei Theile gerissen, ihrer ganzen Dicke nach bis zum Mundboden. Die Heilung verlief befriedigend und wurde nur durch die Bildung eines kleinen Abscesses an der hinteren Schlundwand kurzdauernd unterbrochen, aus welchem Knochensplitter und ein Bleistückchen entfernt wurden.

Lb.

Degeneratio caerea musculi pectoralis maioris dextri traumatica.

Von Dr. Stuparich, chirurg. Assistent.

(Aus der X. chirurgischen Abtheilung des städtischen Spitales zu Triest.)

(Wiener med. Presse 1901, No. 31)

Die Erkrankung entstand nach mehrtägiger forcirter Leistung der rechten Oberarmmuskulatur (Trauma liegt also eigentlich garnicht vor. Ref.) und äusserte sich in bedeutenden Schmerzen, Schwellung und Härte des Muskels, welcher an einer Stelle Fluctuation zeigte. Die Natur der Erkrankung wurde nach Incision durch mikroskopische Untersuchung der blassgrau, fischfleischähnlich aussehenden Muskulatur gestellt.

Seelhorst.

Ueber Tendovaginitis capitis longi bicipitis.

Von S. Goldflam-Warschau.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 52.)

In vielen Fällen, in welchen eine Schultergelenksentzündung diagnostizirt wird, dürfte es sich nicht sowohl um eine solche, als vielmehr um eine Entzündung im Bereich der Sehnenscheide des langen Bicepskopfes handeln. Die dabei bestehende Bewegungsunfähigkeit im Schultergelenk ist nur eine scheinbare, das Schultergelenk wird nur festgehalten wegen Schmerzhaftigkeit einzelner Bewegungen desselben, bei denen eine Bewegung der langen Bicepssehne erfolgt. Allein die Gegend des Sulcus intertubercularis ist auf Betastung schmerzhaft, bei passiven Bewegungen ist dort Knarren, in vereinzelten Fällen sogar knotige Anschwellung der Sehne fühlbar, etwaige sichtbare Schwellung sitzt ebenfalls an dieser Stelle. Die Beugung und Streckung im Ellbogengelenk kann ohne Schmerzen ausgeführt werden, da sie durch Zusammenziehung und Ausdehnung des Muskelbauches ohne wesentliche Verschiebung der Sehne in ihrer Scheide zu Stande kommt.

Seelhorst.

Beitrag zu den intratendinösen Ganglien.

Von Dr. Morian, Essen-Ruhr.

(Vortrag in der Sitzung der Vereinigung niederrheinisch-westfälischer Chirurgen zu Düsseldorf am 24. Juni 1900.)

(München. med. Wochenschrift 1900, No. 51.)

Vierzehntägige Thätigkeit als Lampenputzer rief bei einem $14^1/_2$jährigen Knaben anfangs Schwellung und Röthung am Handrücken, später eine bohnengrosse Geschwulst am Rücken des Handgelenks hervor, welche sich bei der Operation als Auftreibung der Strecksehnen des Zeigefingers durch perlmutterfarbige, zwischen ihren Fascikeln sitzende Beutelchen mit

gallertigem Inhalt darstellte; die Beutelchen liessen sich ohne Störung des Sehnenzusammenhanges ausschälen. Naht der Sehnenscheide, Naht der Haut. Heilung mit voller Funktionsfähigkeit.

Seelhorst.

Medianusdurchtrennung — Heilung.

Eine Studie von Dr. Max Oscar Wyss in Zürich, früherer Assistent der chirurg. Univ.-Klinik.

(München. med. Wochenschrift 1901, No. 36.)

Die Heilung des durch Fall mit der Hohlhand auf eine scharfe Eisenkante durchtrennten Medianus bot, da der Patient, ein Arzt, sich selbst genau beobachtete, viel bemerkenswerthe Einzelheiten, deren Aufzählung im Referat nicht thunlich erscheint. Die Resultate der Beobachtungen, welche in 9 Thesen aufgeführt werden, sind, dass Schmerzen erst beim Wiederwachsen des Nerven eintreten, dass sie nach dem Grade der Blutfüllung der Nachwuchszone verschieden geartet und verschieden heftig sind, und dort am stärksten, wo die vorrückenden Spitzen der auswachsenden Achsencylinder stehen, und dass die von Neuem wieder sensibel gewordenen Bezirke sowohl auf Betastung als auch bei kalter Berührung mit Schmerzempfindung reagiren. Die wachsenden Achsencylinder wachsen häufig in andere als gerade die zugehörigen distalen Achsencylinder hinein, ja sogar in die Gebiete anderer Nerven, wenn diese vor der Verletzung mit an der Versorgung des vom durchtrennten Nerven versorgten Gebietes Theil hatten.

Beim Vorhandensein von sogenannten „trophischen Störungen" muss gefahndet werden, ob nicht Sensibilitätsverlust gerade die Ursache der eventuellen Verletzungen ist.

Seelhorst.

Ein Versuch, die Behandlung der Pseudarthrose zu vereinfachen.

Von F. Colley-Insterburg.

(Centralblatt für Chirurgie. 1901. No. 26.)

Verf. injizirte bei einem längere Zeit vergeblich mit Kontentivverbänden wegen Bruches beider Vorderarmknochen behandelten Trinker, nachdem wegen einsetzenden Delirium tremens auch eine blutige Wiedervereinigung fehlgeschlagen war, von 4 zu 4 Wochen 10 ccm einer Emulsion von geglühter pulverisirter Knochenasche in Gummiarabicumlösung an der Bruchstelle mit dem Erfolge, dass nach sechs Einspritzungen feste Konsolidation eintrat.

Seelhorst.

Beitrag zur Aetiologie der Dupuytren'schen Fingerkontraktur.

Aus dem Kaiser Franz-Josef-Ambulatorium in Wien. (Abtheilung des Dozenten Dr. Hermann Schlesinger).

Von Dr. Wilhelm Neutra.

(Wiener klinische Wochenschrift. No. 39, 1901.)

Für die Erklärung der Dupuytren'schen Fascienkrontraktur sind alle möglichen Momente herangezogen worden: Trauma, lang andauernde Kompression des Vorderarmes, Syphilis, Erkältung, Heredität, Rheumatismus, urethische Diathese, Diabetes, Infektionskrankheiten, Gefässerkrankungen, insbesondere Arteriosklerose, Saturnismus, Alkoholismus u. A. Für die Leser dieser Zeitschrift ist die Frage von besonderem Interesse, ob und inwieweit das Trauma mit Recht unter den ätiologischen Faktoren der Dupuytren'schen Kontraktur aufgezählt wird. Verfassers Standpunkt zu dieser Frage erhellt aus den Schlusssätzen seiner Arbeit, deren Wortlaut folgender ist: 1. Die Dupuytren'sche Fingerkontraktur ist wahrscheinlich eine trophische Störung. 2. Jede Erkrankung, welche zu allgemeinen Ernährungsstörungen führt, kann gelegentlich bei genügend langer Dauer die Dupuytren'sche Fascienkontraktur erzeugen. 3. Insbesondere ist in ätiologischer Hinsicht das Augenmerk auf nervöse Erkrankungen zu richten, speziell auf Rückenmarkserkrankungen, welche mit trophischen Störungen einhergehen (Syringomyelie u. a.); die Dupuytren'sche Fingerkontraktur kann zu den ersten Symptomen dieser Grundkrankheit zählen. 4. Die Fascienkontraktur wird häufig mangels einer richtigen Diagnose irrthümlicher Weise für traumatisch gehalten; andererseits ist das Trauma nicht absolut als ätiologisches Moment auszuschliessen, wie manche Autoren behaupten. 5. Die nicht operative Heilbarkeit der Erkrankung ist nicht ausgeschlossen.

—y.

Neurologie.

Ueber einen durch „Scheinoperation" geheilten Fall von traumatischer, postoperativer Psychose.

Von Stabsarzt Dr. Coloman Gömöry-Brünn.

(Wiener medizinische Wochenschr. No. 37, 38. 1901.)

Der interessante Fall, über welchen Verfasser berichtet, ist in kurzen Zügen folgender: Ein psychopathisch nicht belastetes, jedoch neurasthenisch veranlagtes Individuum wird wegen einer Leistenhernie nach Bassini operirt. Das Resultat ist vom rein chirurgischen Standpunkte aus ein nach jeder Richtung hin tadelloses. Die der Operation folgenden zwei Jahre sind vollkommen beschwerdefrei. Aus einem ganz geringfügigen Anlass setzt sich auf einmal in diesem Individuum die Idee allmählich fest, dass die Operation seiner Zeit nicht exakt durchgeführt wurde, wozu sich allerhand Sensationen und subjektive Beschwerden gesellen. Die einmal angeregte Vorstellung schiebt sich immer wieder in den Gedankengang ein, welcher in jeder anderen Beziehung vollkommen normal ist, und beherrscht das Individuum derart, dass sie im Sinne Krafft-Ebing's die Bedeutung einer Zwangsvorstellung erlangt und sich schliesslich zur wirklichen Wahnidee herausbildet. Alle Versuche, das Individuum zum Aufgeben dieser Wahnidee zu bewegen, sind fruchtlos, und es kommt ein förmlicher „Furor operativus" zur Entwickelung. Es wird nun eine Scheinoperation erfolglos und eine Abtragung des Proc. vermiformis mit scheinbarem psychischen Erfolge ausgeführt, allein die Wahnidee kehrt sehr bald zurück. Endlich gelingt es, nach nahezu zweijährigem Bestande durch eine erneute Scheinoperation und energische suggestive Beeinflussung die Psychose zum Schwinden zu bringen.

—y.

Vergiftungen.

Blutharnen nach Anwendung von Urotropin.

By W. Langdon Brown.

(The British Medical-Journal, 15. June 1901.)

Von verschiedenen Autoren war bei „enteric fever" der Gebrauch von Urotropin anempfohlen. Bei zwei Patienten zeigte sich nach 8tägigem Gebrauch des Mittels, obwohl es in geringen Dosen gegeben wurde (3mal täglich 10 grains), blutiger Urin. Da dieses Symptom in beiden Fällen mit dem Aussetzen des Mittels verschwand, so ist wohl kaum daran zu zweifeln, dass Urotropin die Ursache zur Blutung gewesen ist. Die Blutung hat wahrscheinlich aus der Blase stattgefunden. In beiden Fällen traten schon nach wenigen Tagen nach Einnehmen von Urotropin gewisse Beschwerden auf wie z. B. Schmerzen und Schwierigkeit beim Wasserlassen, sodass in Zukunft einer Blutung vorgebeugt werden kann, wenn man die vorangehenden Beschwerden mehr beachtet und danach das Mittel aussetzt.

Franz Meyer-Berlin.

Haematurie nach Anwendung von Urotropin.

(The British Medical Journal, 29. June 1901.)

Im Anschluss an die Mittheilung über Haematurie nach Gebrauch von Urotropin im Brit. Med. Journ. vom 15. Juni berichten mehrere Aerzte über ähnliche üble Erfahrungen nach Anwendung dieses Mittels. A. Griffith hat einer 21 Jahre alten Patientin, welche einen leichten Anfall von Typhus überstanden hatte und bereits ausser Bett war, dreimal täglich 10 grains (0,6 g) Urotropin geben lassen. Schon nach dem ersten Tag klagte sie über leichte Schmerzen beim Wasserlassen; am zehnten Tage fühlte sie sich sehr krank mit heftigen Rückenschmerzen, Schwäche und Schwellung der Augenlider. Der Urin enthielt massenhaft Eiweiss. Das Urotropin wurde ausgesetzt, am folgenden Tag war das Eiweiss zum grossen Theil, am dritten Tag vollkommen aus dem Urin verschwunden. Das Befinden der Kranken war dann unausgesetzt gut.

W. A. Milligan hat einem jungen Mädchen von 18 Jahren zur Verbesserung der Diurese Urotropin in Dosen von dreimal 5 grains am Tage (0,3 g) verordnet. Nach sieben Tagen verspürte sie quälende Schmerzen in der Blase, die mit Harndrang verbunden waren. Im Anschluss daran zeigte sich blutiger Harn in ziemlich beträchtlicher Menge. Trotzdem gebrauchte sie Urotropin zwei Tage lang weiter, und suchte dann erst, da das Befinden sich weiter verschlechterte, ärztlichen Rath auf. Urotropin wurde ausgesetzt, die Haematurie verschwand, der Urin war nach zwei Tagen normal.

T. J. L. Forbes behandelte einen 62 Jahren alten Mann, der seit zehn Tagen an einem Blasenleiden litt. Die Prostata war vergrössert, der ammoniakalische Harn enthielt Eiter, aber kein Blut. Dem Kranken wurden dreimal täglich 10 grains (0,6 g) verordnet. Nach zwei Tagen fühlte sich der Kranke besser, der Urin war in günstigster Weise beeinflusst. Nach wenigen Tagen traten Schwierigkeiten beim Wasserlassen auf, Schmerzen im Leib mit Durchfall und eine deutliche Haematurie. Urotropin wurde ausgesetzt und Opium verordnet. Nach mehreren Tagen war jede Spur Blut aus dem Urin verschwunden. Da der Harn wieder stark ammoniakalisch warwurde noch einmal der Versuch mit Urotropin mit derselben Dosis wie früher gemacht. An demselben Tage noch wurde mit dem Harn etwas Blut ausgeschieden. Die Blutung stammte wahrscheinlich aus der Blase. Forbes fügt hinzu, dass dies sein erster Misserfolg mit diesem werthvollen Mittel gewesen sei.

Franz Meyer-Berlin.

Ein Fall von Haematoporphyrinurie mit tötlichem Ausgange.

By Henry Waldo.

(The British Medical Journal, 15. June 1901).

Ein nervöser Mann im Alter von 33 Jahren konsultirte den Arzt wegen Verdauungsstörung, Schwindelanfällen und Schlaflosigkeit. Er war seit mehreren Jahren gewohnt, Schlafmittel zu nehmen und gebrauchte mit besonderer Vorliebe Sulphonal. Wenige Tage nach der ersten Konsultation klagte er über heftige Magenschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen und Verstopfung. In der Nacht delirirte er leicht, und sein Zustand glich mehr und mehr dem Delirium tremens. Wenige Tage nach Beginn der Erkrankung hatte sein Urin das Aussehen von Portwein, roch nach Chlorodyne, eine andere Probe nach Sellerie. Derselbe enthielt weder Eiweiss, noch Blut. Mikroskopisch sah man einzelne Harnsäure-Krystalle. Im Spektroskop sah man die Streifen, welche dem Hämatoporphyrin entspricht. Der Puls stieg im Verlaufe der Krankheit auf 180. Er wurde zitterig und ruhelos. Der Kranke wurde zusehends schwäche, liess unter sich und es entwickelten sich Druckgeschwüre am Kreuzbein. Das Schlucken machte immer grössere Beschwerden und war schliesslich unmöglich. Vier Tage vor dem Tode traten Krämpfe auf von epileptischem Charakter, die sich bis zum Ende häufig wiederholten. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer Cerebrospinal-Meningitis und einer fortschreitenden toxischen Parese. Eine Sektion konnte nicht vorgenommen werden. Es ist wahrscheinlich, dass das Sulphonal die Ursache der Erkrankung gewesen ist. Die Wirkung des Sulphonals ist dabei wahrscheinlich eine indirekte, indem es chemische Veränderungen, welche die Ernährung beeinträchtigen und im Besondern wohl Veränderungen in der Leber hervorruft, welche für den Organismus verhängnissvoll werden können.

Franz Meyer-Berlin.

Chloral und Blutungen.

(Eigene Erlebnisse.)

Mittheilung von Dr. A. Model, K. Bezirksarzt a. D. zu Weissenburg (Mittelfranken).

(Münch. med. Wochenschr. 1900. Nr. 50.)

Der Verfasser, welcher an erblicher haemorrhagischer Diathese und an Arteriosklerose leidet, hat an sich die Beobachtung gemacht, dass nach (wenn auch sehr mässigem) Chloralgebrauch (höchstens 1,2, monatlich 2 Mal, in seltenen Fällen wöchentlich 1 bis 2 Mal), welchen er wegen schwerer Schlaflosigkeit benöthigte, lebensgefährliche Blutungen aus Magen, Lunge, Darm und besonders aus der Nase eintraten, anfangs, wenn nach starker Körperanstrengung (bei Bergwanderungen) Chloral gebraucht wurde, später auch ohne besondere Körperstrapaze. Die Blutungen blieben stets aus, wenn Anstrengungen in der Zeit längerer Chloralabstinenz unternommen wurden, und traten nach jedem Chloralgebrauch heftig wieder auf, so dass der Schluss berechtigt erscheint, dass in einem Falle, der zu Blutungen disponirt ist, Chloralanwendung wegen der Blutungsgefahr auch in den erwähnten kleinen Gaben zu widerrathen ist.

Seelhorst.

Ein merkwürdige Art von Opiumvergiftung.

Von J. A. Houton White.

(The British Medical Journal, 18. Juli 1901.)

Ein werkwürdiger Fall von Opiumvergiftung eines drei Monate alten Kindes wird im Folgendem berichtet. Die Mutter des Kindes litt an heftigen Zahnschmerzen und hatte sich aus diesem Grunde ein mit Laudanum durchtränktes Wattestückchen in den Zahn gesteckt. Ehe sie ihrem Kinde die Flasche reichte, pflegte sie den Gummipfropfen derselben mit dem eignen Munde anzufeuchten. Nach ihrer Angabe hatte sie in der Zeit, in der sie das Laudanum im Munde hatte, 2 oder 3 Mal den Pfropfen des Kindes mit Speichel angefeuchtet. Bald zeigten sich folgende Erscheinungen. Das Kind wurde blass und kalt, die Pupillen waren ganz eng kontrahirt. Das Kind schlief und konnte nur mit grösster Schwierigkeit für einige Augenblicke geweckt werden. In solchem Zustande, weil die Mutter es schon für sterbend hielt, war es zum Arzt gebracht worden. Der Mund des Säuglings wurde ausgewaschen und dann ein Tropfen flüssigen Extrakts von Belladonna in den Mund eingeträufelt. Ferner wurde angeordnet, das Kind warm zu halten und nicht einschlafen zu lassen. Ausserdem wurden ihm kleine Klystire von schwarzem Kaffee verabreicht. 2 Stunden später war das Kind in wachem Zu-

stande, die Pupillen waren erweitert, die Haut war geröthet nach dem Gebrauch von Belladonna. Am nächsten Tag war das Kind wieder völlig hergestellt.

Franz Meyer-Berlin.

Augen.

Ueber die hemianopische Pupillenstarre.

Von Professor A. Vossius.

(Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde, herausgegeben von Vossius. IV. Band. Heft 3, 1901.)

Die Tractus optici entspringen an der Hirnbasis mit zwei Wurzeln; die Thalamuswurzel enthält die eigentlichen Sehfasern, welche zum Sehzentrum in der Occipitalrinde verlaufen, während die Vierhügelwurzel diejenigen Fasern enthält, welche zum Sphinkterkern derselben Seite verlaufen und die direkte Pupillarreaktion vermitteln. Wernicke stellte auf Grund dieser anatomischen Verhältnisse 1883 die These auf, dass bei Gehirnerkrankungen mit Hemianopsie, wenn der Krankheitsherd sich im Tractus opticus vor dem Kniehöcker befinde, eine Reaktion der Pupille nur bei Belichtung der sehenden Netzhauthälften eintreten könne, bei Belichtung der blinden Netzhauthälften aber ausbleiben müsse: hemianopische Pupillarreaktion. Handle es sich um eine cerebrale Hemianopsie bedingt durch einen Krankheitsherd jenseits des Kniehöckers bis zum Sehzentrum der Occipitalrinde aufwärts, so bleibe die hemianopische Pupillarreaktion aus. Diese Lehre Wernickes wurde von verschiedenen Seiten, zum Teil auch durch Sektionen, bestätigt, während eine Anzahl Autoren sich ihr gegenüber ablehnend verhielten, insbesondere aus dem Grunde, weil es kaum möglich sei, nur eine Netzhauthälfte zu beleuchten, ohne dass die zweite ebenfalls von diffusem Licht getroffen würde. Verfasser tritt für die Existenz der hemianopischen Pupillarreaktion ein, da er dieselbe in einem Falle sehr deutlich beobachten konnte. Ein 19jähriger Patient hatte durch Sturz auf den Kopf eine Schädelbasisfraktur erlitten. Er blutete aus den Ohren, Nase und Mund und war zehn Tage lang besinnungslos; als er zu sich kam, bemerkte er, dass er auf dem linken Auge erblindet war und mit dem rechten die nach rechts gelegenen Gegenstände nicht sehen konnte, ferner, dass er auf dem linken Ohre taub war. Die Untersuchung ergab vollständige Sehnervenatrophie des linken, temporale Hemianopsie des rechten Auges. Wurde die amaurotische innere Netzhauthälfte des rechten Auges beleuchtet, so blieb die Reaktion der rechten und die konsensuelle Reaktion der linken Pupille aus. Fiel das Licht dagegen auf das Zentrum oder die sehende äussere Hälfte der rechten Netzhaut, so verengten sich sofort beide Pupillen prompt. Verf. nimmt eine Zerreissung des linken Sehnerven und gleichzeitig eine Zerreissung entweder des linken Tractus opticus oder des Chiasma in der Mittellinie zur Erklärung des Falles an.

Groenouw.

Ueber Farbenblindheit in bahnärztlicher Beziehung und über den Werth des Blau als Signalfarbe.

Von Dr. W. Hochheim,
1. Assistenzarzt an der Universitäts-Augenklinik zu Greifswald.

(Berliner Klinische Wochenschrift 1901 No. 33.)

Verfasser bespricht zunächst die Methode der Untersuchung des Farbensinns und verlangt, dass stets mehrere Proben in Anwendung gebracht werden, und dass man sich nie die Farben benennen lassen soll. Mit Silex gruppirt er die Farbenproben in drei Gruppen: die Wahlproben, die pseudoisochromatischen Proben und die Konstrastproben. Er bespricht dann genauer die Proben nach Holmgreen, Daase, Stilling, Nagel und empfiehlt für den praktischen Gebrauch am meisten die von Seebeck-Holmgreen.

Im weiteren bespricht der Verfasser Versuche, die er über die Brauchbarkeit blauer statt der grünen Signalscheiben angestellt hat. Er bezieht sich hierbei auf die von Knies in dieser Zeitung 1899 No. 21 gemachten Mittheilungen. Das Ergebniss seiner Untersuchungen fasst der Verfasser dahin zusammen, dass Farbenblinde Blau mit Roth nie verwechseln, das Blau von Farbenblinden auf weitere Entfernung erkannt wird als von Farbentüchtigen. Die Normalfarbensichtigen erkennen Blau schwerer als Grün unter denselben Bedingungen. Bei dem geringen Prozentsatz farbenblinder Personen und der Möglichkeit, genügend farbentüchtige Leute zu bekommen, liegt für die Eisenbahn-Verwaltungen kein Anlass vor, die Signalfarben zu ändern.

Pollnow.

Entfernung des Fragments eines Zündhütchens aus dem Augeninnern.

Von Dr. Lackschewitz.

(Petersburg. med. Wochenschr. 1901. No. 28.)

Die objektive Untersuchung des Patienten ergab Folgendes: Das linke Auge wird leicht geschlossen gehalten, am unteren Lidrand desselben, ziemlich in der Mitte eine kleine, wunde Einkerbung, grau belegt, tiefe, ciliare Injektion um die Hornhaut. Am unteren Rande derselben, ca. 1½ bis 2 mm vom Limbus entfernt, eine 2 mm horizontal verlaufende Wunde der Korneoskleralgrenze, in welche die Iris vorgefallen war. Der kaum das Schleimhautniveau überragende kleine Prolaps ist mit fibrinösem Belag bedeckt. Kammer aufgehoben. Pupille nach unten verzogen, ein Kolobom bildend, dessen äusserer Schenkel im Kammerwinkel verschwindet, während der innere von einem braunen, metallisch glänzenden Fremdkörper bedeckt erscheint. Linse katarraktös getrübt, in einzelnen Iriskrypten Blutgerinnsel. Im Kammerwinkel oben eine Luftblase, kleinlinsengross. Die der Pupille zugewandte Seite des Fremdkörpers scheint der Fläche nach umgebogen zu sein, und der Rand verschwindet in der getrübten Linsensubstanz; die dem Limbus corneae zugewandte Seite wird von quellenden Linsenflocken bedeckt. Die Wunde der Korneoskleralgrenze erscheint im Verhältniss zum Fremdkörper auffallend klein.

Die Diagnose lautete, da der Patient (ein Knabe) gestand, mit Zündhütchen gespielt zu haben, auf Zündhütchenfragment in Vorderkammer und Linse. In tiefer Chloroformnarkose wurde nun mit dem Schmalmesser ein Schnitt angelegt, analog dem bei der Extraktion üblichen, beginnend mit der kleinen Wunde und endigend innen ungefähr im horizontalen Meridian der Hornhaut; Lüftung des so gebildeten Hornhautlappens mit stumpfem Irishäkchen. Nun wurde der Fremdkörper mit der Irispincette gefasst und aus der Kammer entfernt, darauf die eingeklemmte Iris ausgeschnitten und die gequollenen Linsenmassen herausgelassen. Schliesslich, um eine Infektion der unregelmässigen Risswunde und des freiliegenden Irisstumpfes zu verhüten, wurde eine Konjunktivalplastik nach Kuhnt durch einen doppelt gestielten Lappen aus der Conjunctiva bulbi gemacht.

Lb.

Hygiene.

Die Entwässerung der Stadt Schöneberg sowie der Vororte Friedenau und Wilmersdorf bei Berlin.

Von Büsing.

(Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege Bd. XXXIII. Seite 774.)

Die vorliegende Arbeit giebt eine eingehende Darstellung der Entwicklung und des Verlaufs dieses gegenwärtig wohl grössten Kanalisationsprojektes in Deutschland. Die genannten Gemeinden hatten das Glück, dass seit Ende der achtziger Jahre, wo die Stadt Charlottenburg sich vertraglich verpflichtete, die Abwässer des schwarzen Grabens ohne Rücksicht auf Menge und Beschaffenheit während der Dauer von 15 Jahren aufzunehmen und damit ebenso zu verfahren, wie mit den eigenen städtischen Abwässern, der Verf. ihnen in der ad hoc gebildeten Neuner-Kommission als technischer Berather zur Seite stand. Auf seine Anregung ist im Wesentlichen der Abschluss der Verträge zwischen Schöneberg, Friedenau und Wilmersdorf einerseits und Charlottenburg andererseits zurückzuführen. Verf. war es auch, der im Jahre 1898 darauf hinwies, dass es bei dem Näherrücken des Termins, an welchem das Vertragsverhältniss mit Charlottenburg aufhörte, an der Zeit sei, Fürsorge zu treffen für eine selbständige Entwässerungsanlage der drei Gemeinden. Auf seinen Antrag wurde in der Neuner-Kommission ein Arbeitsausschuss aus den drei Gemeinde-Technikern unter Vorsitz des Verf. gebildet, dem eine Reihe von vorbereitenden Aufgaben technischer Natur zugewiesen wurde. Der Beschluss der Neuner-Kommission, dass die drei Gemeinden sich innerhalb drei Monaten erklären sollten, ob sie an dem Vertrag vom Dezember 1888 festhalten, oder ob die eine oder andere Gemeinde den Vertrag, selbstverständlich unter Zustimmung der übrigen, aufgeben wollte, wäre nicht durchführbar gewesen wenn nicht der Verf. in der Lage gewesen wäre, auf Grund seiner langjährigen Vertrautheit mit den örtlichen Verhältnissen in einer im Januar 1899 vorgelegten Denkschrift ohne eigentliche Vorarbeiten die für die Entschliessung der Gemeinden wichtigsten Grundlagen zusammenzustellen und den Gemeinden vorzulegen. Auf Grund dieser Vorlage beschloss Friedenau, an dem Entwässerungsvertrag vom Jahre 1888 festzuhalten, während Wilmersdorf sich geneigt zeigte, aus der Entwässerungsgemeinschaft unter der Voraussetzung auszuscheiden, dass hinsichtlich der Anlagen in den Grenzgebieten ein billiges Abkommen mit den beiden anderen Gemeinden erzielt werden könnte. Mit Bezug auf die im Vertrage vom Dezember 1888 vorgesehene Aufstellung des Entwässerungsprojektes blieb indess auch Wilmersdorf bei der Gemeinsamkeit.

Gleichzeitig wurde beschlossen, den Stadtbaurath a. D. Brix in Wiesbaden auf Grund eines besonderen mit ihm abzuschliessenden Vertrages mit der Aufstellung eines gemeinsamen Entwässerungsprojektes zu betrauen. In diesem vom Verf. entworfenen Vertrag waren für die Art der Bearbeitung gewisse Direktiven gegeben, während gleichzeitig der erweiterte Arbeitsausschuss für die Bemessung der in die Entwässerung aufzunehmenden Regen- und Abflussmengen Vorschläge und Berechnungen anfstellte, die vom Verf. bereits an anderer Stelle veröffentlicht worden sind. Die aus diesen Vorarbeiten sich ergebenden Erwägungen wurden in einer Reihe von Leitsätzen zusammengefasst, die, nachdem sie die Zustimmung der Neuner-Kommission gefunden, dem Projektverfasser für die Projektbearbeitung überwiesen wurden. Bezüglich der technischen Einzelheiten wird auf die Ausführungen des Verf. Bezug genommen. Roth-Potsdam.

Zur Gewinnung von keimfreiem Trinkwasser durch Zusatz von Chlorkalk und Brom.

Aus dem hygien. Institute der Universität Innsbruck. (Vorstand Prof. Lode.)

Von Dr. Franz Ballner.

(Wiener medizin. Wochenschrift No. 31—34, 1901.)

Von einem brauchbaren Reinigungsverfahren zur Gewinnung von Trinkwasser muss verlangt werden, dass es möglichst rasch und ohne komplizirte maschinelle Einrichtungen durchführbar ist, dass es mit sicherem Erfolge auf den Bakteriengehalt des Wassers wirkt und weder das Aussehen noch den Geschmack des Wassers beeinträchtigt. Am schnellsten führt noch der Zusatz von chemischen Agentien zum Ziele und unter der grossen Zahl von Mitteln, die für diesen Zweck vorgeschlagen wurden, hat sich noch am besten der Zusatz von Chlor oder von Brom zum verdächtigen Wasser bewährt. Das erste Verfahren stammt von Traube her, der dem Wasser kleine Mengen Chlorkalk zusetzte, die genügten, das Wasser innerhalb kurzer Zeit vollständig keimfrei zu machen. Das überschüssige Chlor wurde durch Zusatz von Natrium-, bezw. Calciumsulfit, entsprechend dem verwendeten Chlorkalk, in eine geschmacklose Verbindung übergeführt. Das Verfahren ist dann von den verschiedensten Autoren weiter ausgebaut worden und hat sich praktisch als zuverlässig bewährt. Einen anderen Weg beschritt Schumburg, indem er zur Sterilisirung des Wassers Brom verwandte. Ueber die Einzelheiten dieser Methode wurde zur Zeit an dieser Stelle ausführlicher berichtet. Verf. hat beide Methoden auf ihren Werth geprüft und spricht sich zu Gunsten des Chlorverfahrens aus, nicht als ob dieses zuverlässiger wäre, als jenes, sondern weil es leichter durchführbar, billiger ist und auch ein schmackhafteres Wasser *liefert.*

—y.

Ueber Gesundheitsschädlichkeit der Borsäure als Konservirungsmittel für Nahrungsmittel.

Von Dr. J. Kister, Assistent am staatl. hyg. Inst. zu Hamburg.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, 1901, Bd. 37, H. II.)

Den Streit, ob Borsäure in denjenigen Gaben, in denen sie Nahrungsmitteln zur Konservirung zugesetzt zu werden pflegt, die menschliche Gesundheit schädigen kann, versucht K. auf Grund mehrerer Versuchsreihen zu entscheiden.

Die Borsäuremenge, welche ein Mensch täglich mit der Nahrung zu sich zu nehmen Gelegenheit hat, kann sehr erheblich sein. Man hat in Bratwürsten bis zu 0,87 %, in Krabben bis zu 2,8 %, in Pökelfleisch, selbst nachdem es gewaschen war, noch 0,93 % Borsäure, in anderm Pökelfleisch 0,5 bis über 3,0 % Borax gefunden.

Was die Beobachtungen am Menschen betrifft, so sind zwar hie und da Krankheitserscheinungen, die den Verdacht einer Borsäurevergiftung nahelegten, vorgekommen, aber die Selbstversuche mehrerer Forscher sprachen eher gegen als für die Schädlichkeit des Konservirungsmittels (vergl. ärztl. Sachverst.-Ztg., 1900, S. 56).

Zunächst hat K. nun die Reihe dieser Selbstversuche fortgesetzt. Drei Versuchspersonen nahmen mehrere Tage hindurch je 3 g Borsäure zu sich. Bei zweien davon stellte sich Eiweissausscheidung im Harn, bei dem dritten Durchfall und Unwohlsein ein. Dann nahmen weitere sechs Personen täglich je 1 g. Diesmal konnte bei vieren eine Verdauungsstörung festgestellt werden, und zwar schon nach wenigen Tagen. Durch zwei weitere Versuche wurde ermittelt, dass schon kleine Mengen Borsäure (1 g und 0,5 g) eine Reihe von Tagen im Harn nachweisbar waren.

Es folgten Versuchsreihen bei Hunden, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen und Hühnern.

Die Hunde erkrankten nach Darreichung von 2,5—6 g sämmtlich nach Kurzem mit Durchfall und Erbrechen und nahmen an Gewicht ab, die Katzen gingen unter Darreichung von 0,1 g täglich unter Erscheinungen hochgradiger Abmagerung zu Grunde und litten schon bei geringeren Gaben an Darmstörungen, Kaninchen und Meerschweinchen gingen an Gewicht zurück und starben z. Th. sogar, auch Hühner erkrankten früher oder später.

Verf. hält nach diesen Erfahrungen die Borsäure für ein durchaus nicht unschädliches, sondern vielmehr gefährliches Konservirungsmittel. Bei der uncharakteristischen Art der Krankheitserscheinungen, die wahrscheinlich gerade bei kränklichen und verdauungsschwachen Personen sich leichter ausbilden, ist es nicht zu verwundern, dass in der Praxis die Vergiftung selten als solche erkannt wird. Das Verbot des Borsäurezusatzes zu Nahrungsmitteln erscheint dringend wünschenswerth.

Verunreinigung von Kaffee durch kaffeesaures Eisen.

Von Brunzlow-Rostock.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1901. 8. u. 9. Heft.)

Bei seinem Truppentheil stellte B. als Ursache der Veränderung des Kaffeegeschmacks ins Tintenhafte eine Thatsache fest, die auch sonst, insbesondere auch bei der Theebereitung, Beachtung verdient. Der regelrecht hergestellte Kaffee wurde in Kannen von Weissblech (verzinntem Eisenblech) aus der Küche in die Mannschaftsstuben geschafft. Es stellte sich heraus, dass sich das Kaffeebraun innerhalb 15 Minuten ins Grünliche veränderte, bis man nach 45 Minuten auf einer schwarzgrünlichen Flüssigkeit ein metallisches Häutchen bemerkte. Der Geschmack nach Tinte war dann unverkennbar. In Kannen von Zinkblech wurde die Farbe blaugrün, der Geschmack noch abscheulicher. Professor Kobert stellte fest, dass es sich im ersteren Falle um Bildung von kaffeesaurem (gerbsaurem) Eisen, im zweiten um solche von gerbsaurem Zink handelte. An den Stellen der Gefässe, an denen sich die Verzinnung abgestossen, fand die Gerbsäure des Kaffee (auch in manchen Theesorten vorhanden) ihre Angriffspunkte. Brunzlow schliesst mit einer Empfehlung der alten braunen irdenen Kaffeekanne, da auch Emailgefässe wegen des Abblätterns der Emaille ungeeignet sind. Bemerkt sei noch, dass nach Kobert der durch gerbsaures Eisen unschmackhafte Kaffee nicht giftig für den Menschen ist.

P. Stolper-Breslau.

Ueber die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd.

Von Lübbert.

(Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1901. 8—9.)

Der Chefarzt von Deutsch-Südwestafrika berichtet über eine interessante Erfahrung bei der Wohnungsdesinfektion mit Formalin, welche eine durch das Klima bedingte Modifikation der Methode nöthig machte. Bei dem ausserordentlichen Sättigungsdefizit der Luft in jenen Gegenden (bei 25—40 Grad C. Lufttemperatur werden meist 10 Prozent, oft nur 5 und 2 Prozent relative Feuchtigkeit gemessen) ist es unmöglich, genügende Mengen Aldehyd impolymerisirt in wirksamer Form zu erhalten. Nur die bei Nacht oder in den frühesten Morgenstunden ausgeführten Desinfektionsversuche ergaben eine genügende Vertheilung des Formalindampfes.

Um die excessive Trockenheit der Luft auszuschalten, hat Lübbert die Desinfektion so gestaltet, dass er durch einen Dampfentwickler erst alle Gegenstände reichlich durchfeuchten liess. Um aber auch nicht zwischengelagertes Wasser an den Gegenständen zu behalten, welches die Tiefenwirkung des Formaldehyds einschränken würde, lässt er darauf eine gründliche Lüftung des Zimmers erfolgen, nach welcher die Formalindesinfektion erst einzutreten hat.

Diese Erfahrung lehrt also, dass eine kritische Anwendung der sonst so allgemein anerkannten Desinfektionsmethode nicht allerorten gleich gute Resultate ergiebt.

P. Stolper-Breslau.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Sektion für Chirurgie.

(Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Ztg.)

1. Sitzungstag.

Schede-Bonn, Ueber Rückenmarkstumoren und ihre Behandlung, bespricht die Diagnose und operative Therapie im Anschluss an 4 Fälle, welche er in den letzten 3 Jahren gemeinsam mit Schultze-Bonn beobachtete und operirte.

1. Eine 49jährige Dame erkrankte vor 9 Jahren mit neuralgischen Schmerzen in beiden Beinen, zu denen eine allmählich zunehmende spastische Lähmung hinzutrat, welche seit $1^1/_4$ Jahren vollkommen ist. Aus den übrigen Symptomen, Blasenlähmung, Verstärkung der Patellarreflexe, Abgrenzung der hyp- und hyperästhetischen Zone nach oben u.s.w. konnte die Diagnose einer Raumbeengung im Rückenmarkskanal in Höhe des 7. Dorsalsegmentes gestellt werden, deren Ursache nach Ausschluss aller anderen Eventualitäten ein Tumor sein musste. Da das 7. Segment nach Gowers der Höhe des unteren Randes des 5. Brustwirbels entspricht, wurde dessen Bogen entfernt und das obere Ende der Geschwulst freigelegt. Nach Wegnahme des 6. und 7. Brustwirbels konnte der lose auf der Dura aufliegende Tumor, ein Fibrosarkom von 4 cm Länge und der Dicke eines Fingergliedes, stumpf herausgehebelt werden. Die Wunde heilte ohne Störungen: die nervösen Störungen liessen allmählich nach, sodass nach Ablauf von einem Jahr die mehrere Monate lang völlig gelähmte Frau im Stande war, eine halbe Stunde ohne Stock zu gehen.

2. Bei einem 30jährigen jungen Mann begann das Leiden gleichfalls mit neuralgischen Schmerzen in den Beinen und unter den Rippenbogen, deren Intensität auf der rechten Seite besonders stark war. Hier setzte auch die spastische Parese der Beine ein, welche im Verlaufe eines halben Jahres zur völligen Lähmung führte. Ausserdem bestanden Blasenlähmung, erhöhte Achillessehnen- und Kniescheibenreflexe, eine hyperästhetische Zone von 3 Finger Breite oberhalb des Nabels, sowie bedeutende Gefühlsherabsetzung an beiden Beinen bis zur Höhe des Nabels. Die Geschwulst — nur um eine solche konnte es sich bei dem ganzen Verlauf des Leidens handeln —, musste ihren Sitz in Höhe des 8. Brustwirbelsegmentes haben, weshalb zur Entfernung derselben die Fortnahme des 6. und 7. Brustwirbelbogens erforderlich war. Ein Tumor wurde auf der Dura nicht gefunden, doch sah man deutlich eine Verbreiterung des Duralsackes, welcher eine harte Anschwellung in seinem Innern durchfühlen liess. Nach Eröffnung desselben trat eine Fingerglied grosse Geschwulst zu Tage, welche stumpf entfernt werden konnte. Der Heilungsverlauf der Wunde, sowie der Rückgang der Lähmungserscheinungen war ein sehr erfreulicher; der Kranke versieht bereits nach Ablauf eines halben Jahres wieder seinen Gärtnerberuf.

3. Ein 24jähriger Chemiker gab als erstes Zeichen seines beginnenden Leidens unbestimmte, neuralgische Schmerzen in

den Beinen an, welche besonders im linken Bein die grösste Stärke zeigten. Im Verlaufe von 4 Monaten wurde die spastische Lähmung der Beine eine totale; Blasenlähmung, Fuss- und Patellarklonus traten hinzu und eine 3 Finger breite überempfindliche Zone unterhalb des Nabels sowie Gefühlsherabsetzung an beiden Beinen bis zur erwähnten Zone vervollständigten das Krankheitsbild. Zwecks Entfernung der in Höhe des 10. und 11. Brustsegmentes vermutheten Geschmulst wurde der 9. und 10. Brustwirbelbogen resezirt; der Tumor lag gleichfalls unter der Dura und wurde nach deren Eröffnung stumpf ausgelöst. Der Wundverlauf wurde durch Eiterung einiger Stichkanäle etwas beeinträchtigt, doch trat völlige Heilung ein. Der Kranke arbeitet, wie früher, den ganzen Tag in seinem Laboratorium und geht ohne Stock Stunden weit.

4. Ein 47jähriger Mann, welcher vor 20 Jahren Syphilis durchmachte, erkrankte vor 16 Jahren mit Schmerzen in den Beinen; nach 8 Jahren traten die ersten Lähmungserscheinungen im Gebiet der Nn. peronei auf, welche bald auf die vom N. tibialis versorgten Muskeln und die Beuger des Oberschenkels übergriffen. Daneben verlief völlige Gefühlslähmung in beiden Beinen. Die Diagnose machte bei dem ausserordentlich langsamen Verlauf des Leidens, bei dem Konkurriren der Syphilis u. s. w. grosse Schwierigkeiten. Insbesondere konnte der Sitz der fraglichen Geschwulst nur vermuthungsweise angegeben werden, da die Lokalisation in der Gegend des Konus und der Korda zu den schwierigsten Aufgaben der topischen Diagnostik gehört. Schede ging deshalb an der Grenze Beider, am 1. Lendenwirbel, ein und konnte ein Hühnerei grosses Stück der Geschwulst entfernen. Der Pat. erholte sich von der langdauernden Operation im Anfang, ging aber nach Verlust von enormen Mengen von Liquor cerebrospinalis am elften Tage zu Grunde. Wie die Sektion ergab, hatte die Geschwulst, ein Myxosarkom von 13,5 cm Länge 8 cm Breite und 9,5 cm Tiefe, den Rückenmarkskanal ganz ausserordentlich erweitert und war durch die Löcher des 4. und 5. Lendenwirbels in die Beckenmuskulatur hineingewuchert.

Vom Vortragenden wird dann die Diagnose der Rückenmarksgeschwülste, sowie ihre Lokalisation erörtert, deren Einzelheiten sich einer Berichterstattung entziehen. Die Operation verläuft in der Weise, dass der Hautschnitt über die Höhe der Dornfortsätze geführt wird. Die Abtrennung der Muskeln von den Fortsätzen und Bogen erfolgt zur Vermeidung einer grösseren Blutung unter Mitnahme des Periostes mit dem Respatorium. Die vollständig freigelegten Bögen werden an ihren seitlichsten Theilen mit dem Meissel durchtrennt und vorsichtig unter Vermeidung jeglichen Druckes auf das Rückenmark entfernt. Um bei den subdural liegenden Geschwülsten den Ausfluss von Liquor cerebrospinalis möglichst zu verhüten, wird nach dem Vorgange von Sick der Duralsack oberhalb und unterhalb abgebunden und die Inzisionsstelle nach Entfernung der Geschwulst sorgfältig vernäht. Nach Einführung eines Jodoformgazestreifens, welcher einige Tage liegen bleibt, wird der grösste Theil der Wunde durch Etagennähte geschlossen.

Diskussion: Graff-Bonn berichtet über einen Rückenmarkstumor, den er in Abwesenheit von Schede vor zwei Wochen operirte. Die Krankheit begann vor acht Monaten mit ausstrahlenden Schmerzen an den Beinen, zu welchen spastische Lähmung derselben, Erhöhung der Reflexe, Lähmung von Blase und Mastdarm und Gefühlsherabsetzung bis zum Schwertfortsatz hinzutraten. Nach Resektion von vier Wirbelbögen wurde ein extradurales Fibrom entfernt. Es bestehen die besten Aussichten auf vollkommene Genesung.

Bardenheuer-Köln, über operative Behandlung der traumatischen Ischias hat in den letzten drei Jahren fünf Fälle von Ischias operirt, von denen vier traumatischen, einer unbekannten Ursprunges war. Die Krankheit hatte allen anderen Behandlungsarten mit Ausnahme der blutigen Dehnung, welche nicht versucht war, getrotzt. Es wurde bei drei Kranken eine theilweise, bei zweien eine vollständige Resektion der Synchondrosis sacroiliaca vorgenommen. Für die späteren Fälle glaubt B. jedoch mit der Bloslegung der 1. sakralen Wurzel auszukommen, da sich die anatomischen Veränderungen, Schwellung des Nerven, Röthung und Verdickung der Periosts immer an dieser Stelle fanden.

Auf Grund eines solchen pathologisch-anatomischen Befundes hält B. eine traumatische Ischias für vorliegend. Bei dreien seiner Kranken war ein akutes Trauma dem Ausbruch der Erkrankung voraufgegangen, während im vierten ein gewerblicher stetiger schädigender Reiz die Ursache abgab. Dass gerade der in den Kreuzbeinkanälen liegende Theil der Nerven für diese Reize besonders empfänglich ist, ist begründet in seiner engen Umschliessung durch den Knochen und der innigen Verbindung mit dem Periost. Fast alle Gewalteinwirkungen, Fall auf die Füsse oder das Gesäss u. s. w. werden direkt auf den Nerven fortgeleitet; auch die Erschütterungen, wie sie z. B. beim Beklopfen des Leders auf dem Knie entstehen, pflanzen sich bis zum Kreuzbein fort; bei übermässigen Streckungen des Beines oder Innenrotation wird der Nerv an seiner Fixationsstelle im Sakralkanal am meisten gezerrt. In Folge dieser Reize tritt eine Perineuritis auf, welche, besonders wenn der schädigende Einfluss häufiger wiederkehrt, zur Schwellung des Nerven im engen Kanale mit ihren Folgeerscheinungen führt.

Die von B. vorgenommene Operation, deren Technik auf der Naturforscher-Versammlung in München am 1. Sitzungstage ausführlich beschrieben wurde (siehe Bericht S. 80), führte in allen Fällen zur völligen Heilung, weshalb B. sich für berechtigt hält, dieselbe in allen den Fällen zur Nachprüfung zu empfehlen, wo unsere bisherigen Behandlungsweisen im Stich lassen. Die Operation ist nicht eingreifender als die blutige Dehnung.

Diskussion: König-Berlin, welcher selbst drei Mal an Ischias litt, empfiehlt warm die Dehnung des Nerven; die Operation ist ausserordentlich viel schonender als die Resektion, welche ja bei Tuberkulose ihre volle Berechtigung hat.

Schede-Bonn hat durch die Dehnung eine ganze Reihe von Kranken geheilt; bezüglich der Einzelheiten verweist er auf seine Abhandlung im Handbuch von Penzold u. Stinzing.

Bardenheuer hat die Nervendehnung wiederholt mit Erfolg ausgeführt; er will seine Operation nur für die ganz verzweifelten Fälle angewendet wissen.

Helferich-Kiel, Bemerkungen über plastische Operationen, bespricht die Beziehungen zwischen der ersten, verstümmelnden Operation (Amputation, Geschwulstexstirpation) und der zweiten, plastischen Operation zur Deckung des gesetzten Defektes. Die erstere soll vorgenommen werden ganz ohne Rücksicht auf die letztere. Dieses muss besonders jetzt betont werden, wo bei Anwendung der Schleich'schen Lokalanästhesie die Aerzte nicht mehr so weit im Gesunden zu arbeiten pflegen, wie früher bei allgemeiner Betäubung. Die Erhaltung des Lebens des Kranken z. B. bei Phlegmonen oder seine völlige Befreiung vom Karcinom muss bei den Amputationen und Exstirpationen der oberste Grundsatz sein, mag der entstehende Defekt noch so gross sein: alles Andere findet sich später. H. verurtheilt deshalb z. B. den Keilschnitt bei Unterlippencarcinomen, da hierdurch nicht genügend weit vom Krankhaften entfernt operirt wird.

Diskussion: König-Berlin empfiehlt die Keilexcision bei Unterlippenkrebs auf Grund seiner vorzüglichen Statistik aus der Göttinger Klinik.

Krause-Berlin spricht sich ähnlich aus; schon Volkmann hat ohne Rücksicht auf die folgende Plastik die Exstirpation der bösartigen Geschwülste vorgenommen.

Helferich äussert die Befürchtung, dass derjenige Operateur, welcher prinzipiell den Keilschnitt bei Unterlippenkrebs mache, häufig nicht im Gesunden operiren werde.

Koelliker-Leipzig, Ueber Aether-Chloroform-Narkose, leitet die Narkose mit Aether ein, um dem gefürchteten im Anfange derselben auftretenden Herzkollaps aus dem Wege zu gehen. Ist die Schleimabsonderung eine grosse oder die Dauer der Operation eine lange, oder wird die Betäubung nicht tief genug, so geht er zum Chloroform über, ebenso wie bei allen Operationen im Gesicht. Die Hauptgefahr der Narkose mit Aether, die Pneumonie, wird bei der kürzeren Anwendungsdauer desselben umgangen.

Der Aether wird auf einer besonderen dreitheiligen Maske verabreicht, deren oberer Korb abnehmbar ist, sodass ohne Entfernung der ganzen Maske der Aether auf dieselbe aufgegossen werden kann. Bei einleitender Aethernarkose ist der später nothwendig werdende Verbrauch von Chloroform ein sehr geringer. Die Kranken vertragen die Narkose ausserordentlich gut.

Diskussion: Sudek-Hamburg empfiehlt die von ihm angegebene Operation im ersten Aetherrausch. Die Schmerzempfindung ist während desselben aufgehoben, während das Bewusstsein nur wenig alterirt und die Funktion der Sinnesorgane erhalten ist. Die Operation kann mit dem ersten Athemzuge beginnen und bis zu $^3/_4$ Stunden ausgedehnt werden.

II. Kongress der Lebensversicherungs-Aerzte zu Amsterdam.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Dr. **Mahillon,** Chefarzt de la Caisse d'assurances etc. -Brüssel: Das Weib in seiner Beziehung zur Lebensversicherung.

Entgegen den Beobachtungen der allgemeinen Volksstatistiken, die für alle Länder übereinstimmend ergeben, dass die Sterblichkeit der Männer eine grössere ist, als die der Frauen, lehren die Erfahrungen der Lebensversicherung, dass in ihrem durch die ärztliche Untersuchung aus der Masse ausgewählten Bestande das Umgekehrte statt hat: Die Frauen leben weniger lang als die Männer, ja ihre Sterblichkeit ist eine so auffallend höhere, dass sich eine grosse Reihe von Gesellschaften bereits zu besonderen Massregeln bei der Versicherung der Frauen gezwungen gesehen hat, wie, um ein Beispiel anzuführen, die Union Central Life Insurance Compagny, die Frauen nur mit einer Zuschlagsprämie von 5 ‰ versichert und nur eine Versicherung bis zur Summenhöhe von 5000 Dollar zulässt, während sie für Männer unbedenklich 25 000 Dollar übernimmt. Die Vorsicht wird verständlich, wenn wir einen Augenblick bei einigen der gegebenen Statistiken verweilen. Die genannte Union Central Life Insurance Compagny (Beobachtungszeit 33 Jahre) hatte unter ihren 204 014 Versicherten 10 423 Frauen = 5 %, dagegen unter ihren 4273 Todten dieser Zeit 395 Frauen = 9 %.

Die Untersuchungen von 30 amerikanischen Gesellschaften ergaben eine Sterblichkeit von 10,2 ‰ der Männer gegenüber 11,49 ‰ der Frauen.

Die Untersuchungen von 50 englischen Gesellschaften (Bestand: 33 691 Männer, 1440 Frauen) eine Sterblichkeit von 8,5 % : 13 %.

Besonders interessant bei diesen Untersuchungen war, dass nur die Lebensjahre von 20—55 die grössere Sterblichkeit aufwiesen, während nach den fünfziger Jahren die Frauen bessere Risiken wurden, als die Männer, und weiter, dass die ärztliche Auslese, die bei den Männern in den ersten 5 Versicherungsjahren so deutlich zum Ausdruck kam, bei den Frauen bereits am Ende des zweiten Jahres nicht mehr nachzuweisen war.

Sucht man nach den Gründen, die diese auffallende Erscheinung gegenüber den Beobachtungen der allgemeinen Volksstatistiken und auch der Leibrentenbanken erklären, so kommt man — auch abgesehen davon, dass die Zahl der versicherungsuchenden Frauen noch eine relativ sehr niedrige gegenüber der der Männer ist und ein Ausgleich, der bei diesen zu beobachten ist, so wenigstens nicht in dem Grade wie bei jenen, bei ihnen stattfinden kann — doch nur zu zwei hier möglichen Erklärungen: Dass einmal die vertrauensärztliche Untersuchung der Frau nicht auf der wissenschaftlichen Höhe der Zeit steht, dann aber, dass gerade die Frau eine besondere Neigung zur Täuschung hat. Es soll Letzteres nicht immer als direkter Betrug hingestellt sein, denn es ist ja bekannt, dass Frauen häufig zum Leiden geboren und so daran gewöhnt sind, dass sie oft sehr wichtige anamnestische Daten im guten Glauben verschweigen mögen. Sicher ganz ungenügend ist aber die vertrauensärztliche Untersuchung, die häufig sich auf das Auskultiren und Perkutiren durch die Kleider hindurch beschränkt und von einer Untersuchung der Genitalien fast immer absieht. Kein Wunder daher, dass Phthise zu den häufigsten Todesursachen der ersten Versicherungsjahre gehört und nicht selten Carcinome des Uterus nach kurzer Versicherungsdauer zum Tode führen.

Will daher die Lebensversicherung die Versicherung der Frauen weiter kultiviren, so muss sie dafür Sorge tragen, dass vor Allem in Zukunft besser untersucht wird. Die Vertrauensärzte sind darauf hinzuweisen, dass sie in allen Fällen eine vollständige Körperuntersuchung vorzunehmen haben. Stossen sie dabei auf Widerstand der Antragstellerin, so haben sie es der auftraggebenden Gesellschaft mitzutheilen, die dann ihrerseits nachzuforschen hat, ob im gegebenen Falle Verdacht auf eine Spekulationsversicherung vorliegt oder nicht. Wo immer angängig, sind Frauenärzte bei der vertrauensärztlichen Untersuchung der Frauen zu verwenden, da hier die gegen die Untersuchung gewöhnlich vorgeschützten Gründe der verletzten Scham von vornherein ausgeschlossen sind.

Was die Begutachtung im Einzelnen betrifft, so will Mahillon die Erstschwangeren und jung verheiratheten Frauen überhaupt bis nach der stattgehabten ersten Entbindung zurückstellen. Mehrgebärende können versichert werden, wenn die vorangegangenen Geburten leichte waren. Wiederholte Aborte bedingen wegen der wahrscheinlichen Syphilis die Abweisung.

Von den Menses-Anomalien sind die Amenorrhoen, wenn die Frau sonst gesund ist (Phthise!), irrelevant, bei Menorrhagien ist besonders auf Herzkrankheit und morbus Brightii zu fahnden, Metrorhagien bedingen immer die Zurückstellung, bis die Ursache klar ist. Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert die Menopause nur dann, wenn sie von grösseren Blutungen begleitet ist wegen der Gefahr des Carcinoms. Eben des Carcinoms wegen sind auch in allen Fällen die Brüste genau zu untersuchen. Im Allgemeinen ist das weibliche Geschlecht mehr dem Krebs unterworfen, als das männliche.

Seine Erblichkeit, die nach den bisher bekannt gewordenen Untersuchungen in etwa 15 % nachweisbar ist, hat für die Lebensversicherung nur dann eine Bedeutung, wenn Carcinome gehäuft in einer Familie aufgetreten sind. Schwere Dammrisse, Scheiden- und Blasenfisteln u. s. w. bedingen die Zurückstellung bis zur Heilung, ebenso die akuten und chronischen Formen von Entzündungen der Unterleibsorgane. Alle Tumoren bedingen die Abweisung und von den operirten Fällen sind nur die Ovarialcysten aufnehmbar.

Referent konnte an der Hand der Erfahrungen von Gotha in der Diskussion den Ausführungen des Herrn Vorredners nur beipflichten. Gotha hat 1536 Sterbefälle von Frauen seines Versicherungsbestandes genau untersucht und dabei gefunden, dass ebenfalls die Sterblichkeit bis zum 50. Jahr durchgehends ungünstiger war, als die der Männer, eine Beobachtung, die sie sich, wie Mahillon, nur dadurch erklären konnte, dass die Aufnahme-Untersuchungen nicht ebenso peinliche waren, als die der Männer. Dass sie es aber in der That nicht waren, das bewies die weitere Untersuchung der Sterbefälle nach den verschiedenen Versicherungsperioden, bei der sich herausstellte, dass die in Folge der ärztlichen Untersuchung so charakteristisch in Erscheinung tretende Depression der ersten fünf Jahre, auch hier nicht nur nicht zum Ausdruck kam, sondern die Sterblichkeit in diesen Jahren noch viel ungünstiger war, als sie in den späteren Jahren, vom 6. Jahre aufwärts, zur Beobachtung kam. In Prozenten ausgedrückt war die Sterblichkeit der Frauen um 25 % grösser als die der Männer der gleichen Periode und fragt man nach den verursachenden Krankheiten, so trugen die Hauptschuld die Phthise und die Carcinome. Die rechnungsmässige Sterblichkeit mit 100 angenommen, ergaben die Phthise-Todesfälle eine Uebersterblichkeit von 151 %, die der Carcinome sogar eine solche von 369,4 %, Zahlen, die hinlänglich für sich sprechen und eigentlich dahin führen müssten, Frauen überhaupt erst nach dem 50. Jahr zu versichern. Da aber das im sozialen Leben nicht durchführbar ist, muss auf anderem Wege Abhülfe geschafft werden und hier hat Herr Mahillon auf den richtigen hingewiesen, wenn er auf eine ganz besonders peinliche Untersuchung dringt.

Auch mit den Einzelausführungen des Vortragenden konnte sich Referent einverstanden erklären, nur fand er es hart, wenn wir heute noch die Braut versichern, die junge Frau aber morgen nicht mehr, weil sie schwanger werden könnte.

Er fürchtet die Schwangerschaft nicht in so hohem Grade, dagegen versichert er aber keine Frau, sei sie Erst- oder Mehrgebärende, die weiter als zum dritten Monat in der Schwangerschaft vorgeschritten ist, nicht, weil sie schwanger ist, sondern weil dann aus technischen und sittlichen Gründen eine genaue Untersuchung nicht ausführbar ist.

Die Diskussion beschäftigt sich dann weiter mit der Art und Weise, wie die Frauen am Besten zu untersuchen sind und es wird allen Ernstes der Vorschlag gemacht, in allen Fällen Gynaekologen in Anspruch zu nehmen. Auch das vertrauensärztliche Formular, das jetzt in den gynaekologischen Fragen sehr summarisch gehalten ist, soll durch eine Anzahl diesbezüglicher Detailfragen bereichert werden. Schliesslich einigt sich der Kongress dahin, den Gesellschaften zu empfehlen, in allen den Fällen, in denen es angängig ist, und in denen der Vertrauensarzt auch nur den geringsten Verdacht auf eine Erkrankung des Genitaltraktus hat, die Frau nach ihrer Wahl, entweder durch eine Aerztin oder durch einen Gynaekologen untersuchen zu lassen.

Dr. Coert, Chefarzt der „Eerste Nederlandsche Verzekering-Maatschappij op het Leven, degen Invaliditeit en Ongelekken — Haag. „Die Unterleibsbrüche und die Unfallversicherung."

Die im Jahre 1894 erschienene bekannte Arbeit „Ueber Unterleibsbrüche" von Dr. Blasius ist grundlegend geworden für das Verhalten, das die privaten Unfall-Versicherungsgesellschaften gegenüber den Brüchen einnehmen: Fast alle schliessen sie von der Entschädigungspflicht aus, gleichgültig, ob ein Trauma ihrem Entstehen vorangegangen ist oder nicht. Anders die staatlichen Unfallversicherungen. Bei ihnen ist der Ausschluss bei der von dem Gesetzgeber gewollten weiteren Fassung des Begriffs „Unfall" nicht ohne Weiteres möglich: hier muss von Fall zu Fall geprüft werden, aber die Entscheidung ist eine recht schwierige, weil die Meinungen der medizinischen Sachverständigen hinsichtlich der Möglichkeit des plötzlichen Auftretens eines Bruchs durch einen gewaltsamen äusseren Eingriff oder durch körperliche Anstrengung stets auseinandergehen und sichere Unterscheidungsmerkmale der traumatischen von der nicht-traumatischen Hernie fehlen. Um zu einer Lösung zu kommen, hat nun im Vorjahre die Arbeiter-Unfallversicherung von Nieder-Oesterreich den auf diesem Gebiete durch seine Arbeiten sehr bekannt gewordenen Dr. Kaufmann-Zürich beauftragt, die Frage der plötzlichen Entstehung der Unterleibsbrüche genau zu untersuchen und darüber ein Gutachten abzugeben. Das Resultat ist eine Arbeit, die genau zu dem gegentheiligen Schlusse als Dr. Blasius kommt, dass nämlich die plötzliche Entstehung des Bruchleidens nicht zu bestreiten ist und es entsteht nun für die privaten Unfallversicherungen die Aufgabe, sich darüber schlüssig zu werden, ob sie ihren bisherigen ablehnenden Standpunkt noch weiter aufrecht erhalten können oder nicht.

Coert ist der Ansicht, dass die Ausschliessung der Entschädigungspflicht für Unterleibsbrüche auch heute noch der allein den Gesellschaften zu empfehlende Standpunkt sei; er begründet seine Ansicht damit, dass bei dem Versagen der medizinischen Sachverständigen, ob im gegebenen Falle eine Hernia traumatica vorliege oder nicht, ohne Weiteres jeder Unterleibsbruch den Gesellschaften zur Last fallen würde, weil wie die Erfahrung lehre, die Bruchleidenden immer die Entstehung ihres Bruches einer äusseren Gewalt oder einer körperlichen Ueberanstrengung zuschreiben und schwer zu überzeugen sind, dass sie sich häufig irren. Dagegen halte er es für sehr empfehlenswerth, wenn die privaten Unfall-Versicherungsgesellschaften besondere Versicherungen für die Unterleibsbrüche einrichten würden. Bei den vorhandenen Statistiken hätte die Berechnung der Prämie keine Schwierigkeiten und beiden Theilen wäre damit am Besten geholfen.

Florschütz-Gotha.

(Fortsetzung folgt.)

Berliner Bahnärztlicher Verein.

62. ordentliche Sitzung, Dienstag, den 25. Juni 1901 in Potsdam.

Vorsitzender: Brähmer.
Schriftführer: Pollnow.

I. Um 6 Uhr fand unter Führung des Herrn Eisenbahn-Direktors Schuhmacher eine Besichtigung der Hauptwerkstatt Potsdam statt. Es wurden vor Allem die Schutz-, Staubbeseitigungs-, Bade- und Wasch-Einrichtungen besichtigt und zum Schluss die beabsichtigten Neueinrichtungen der Wagen für die D-Züge, für die in dieser Werkstatt Probewagen eingerichtet waren, in Augenschein genommen.

II. Um 8 Uhr Sitzung auf Wackermanns Höhe.

a) Geschäftliches:

1. Der Vorsitzende Brähmer widmet dem verstorbenen Kollegen Nitschmann einen Nachruf.
2. Aufgenommen als ausserordentliche Mitglieder: die Herren Dr. Dr. R. Ledermann, W., Friedrichstrasse 62 und A. Seelig, W., Tauenzienstrasse 1.
3. Herr Brähmer giebt Kenntniss von der Einladung seitens des Vereines Badischer Bahnärzte zu seiner Jahresversammlung am 13. und 14. Juli d. Js. in Würzburg.

b) Nach kurzer Diskusion wird beschlossen, zu dem § 6 der Satzungen des Verbandes deutscher Bahnärzte folgenden Zusatz zu machen:

Zur Erledigung eiliger Angelegenheiten, sowie zur Feststellung von Zeit, Ort und Tagesordnung der Ausschusssitzungen und Bahnärztetage wird ein engerer Ausschuss gewählt, bestehend aus den beiden Vorsitzenden und den beiden Schrift- und Kassenführern, welche mit Ausnahme des zweiten Vorsitzenden womöglich in Berlin wohnen sollen, sowie je einem Mitgliede jedes Bundesstaates, soweit ein solches nicht bereits unter den vier Erstgenannten vertreten ist. Zu Mitgliedern des engeren Ausschusses dürfen nur ständige Ausschussmitglieder gewählt werden.

Pollnow.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Tuberkulose der Wirbelsäule und Unfall.

Entsch. vom 22. Februar 1901.

F. K. hatte am 7. März 1891 im Betriebe eine linksseitige Rippenfraktur und eine starke Kontusion der Wirbelsäule erlitten. Für die Folgen dieser Verletzung wurde dem K. auf Grund eine Rente von 80% bewilligt. Am 21. Oktober 1899 starb K. an doppelseitiger Lungenschwindsucht. Die Wittwe erhob Entschädigungsansprüche, indem sie das Lungenleiden auf den Unfall zurückführte. Hierauf holte die Berufsgenossenschaft von dem behandelnden Arzte Dr. Sch. ein Gutachten folgenden Inhalts ein: Die Diagnose, dass K. an doppelseitiger Lungenschwindsucht gestorben, sei durch die zwei Tage später vorgenommene Obduktion bestätigt worden. Ueber die Obduktion sei protokollirt worden: Beide Lungen gänzlich mit dem Rippenfell verwachsen, durch und durch tuberkulös. In beiden Oberlappen vereinzelt grössere und kleinere Kavernen. Ueber den Zusammenhang zwischen Tod und Unfall äussert sich Dr. Sch. wie folgt: In allen in den letzten Jahren über den Verstorbenen erstatteten Gutachten sei an keiner Stelle von irgend welchen, im Anschluss an den Unfall herbeigeführten Erkrankungen der Lunge die Rede. Die im Atteste des Dr. H. vom 5. Juli 1893 erwähnte Athemnoth lasse sich nur hinreichend erklären als eine unmittelbare Folge der stattgefundenen Rippenfraktur, insofern, als durch diese Verletzung das Athmen sehr schmerzhaft und in Folge dessen weniger ausgiebig und beschleunigt wurde. Erfahrungsgemäss könne nun im Anschluss an eine Verletzung des Brustkorbes und durch die Verletzung bedingt eine tuberkulöse Erkrankung der Lungen auftreten. In einem solchen Falle sei aber der Arzt im Stande, derartige Lungenveränderungen, wenn nicht in verhältnissmässig kurzer Zeit nach stattgehabter Verletzung so doch im Verlaufe eines, höchstens zweier Jahre mit Sicherheit nachzuweisen. Anders verhalte es sich in dem vorliegenden Falle. In keinem der zahlreichen ärztlichen Gutachten sei irgend etwas von tuberkulösen Veränderungen der Lunge konstatirt, ferner zwischen dem erlittenen Unfalle und der erst im August 1899 zum ersten Male konstatirten Lungentuberkulose liegt ein Zwischenraum von ca. acht Jahren. Und so könne man wohl, gestützt auf alle diese Thatsachen, kaum annehmen, dass zwischen dem Unfalle vom 7. März 1891 und dem letzten Leiden des Verstorbenen ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. Auf Grund dieses Gutachtens lehnte die Genossenschaft es ab, Rente zu gewähren. Vor dem Schiedsgericht erstattete Stadphysikus Dr. L. noch ein Gutachten und erklärte, K. ist Jahre lang nicht mehr untersucht worden. Nach den gemachten Angaben war K. in Folge des Unfalls in den letzten Jahren in durchaus siechem Zustande. Er konnte nicht arbeiten, konnte sich nicht frei bewegen, sondern sass meist im Zimmer oder lag im Bett. Erfahrungsgemäss entwickelt sich bei solchen Leuten bedeutend leichter Lungentuberkulose, als bei Leuten, die nicht immer schlechte Zimmerluft athmen, sondern arbeiten und sich frei bewegen, bei denen deshalb auch die Athmungsorgane und die ganze Blutzirkulation besser funktioniren. Es ist in diesem Falle anzunehmen, dass das Entstehen der Lungentuberkulose durch die Folgen des Unfalls wesentlich begünstigt wurde. Das Schiedsgericht schloss sich diesem Gutachten an steht also ein indirekter Zusammenhang zwischen Unfall und und sprach der Wittwe und deren Kinder eine Rente zu. Diese Entscheidung wurde vom Reichs-Versicherungsamt bestätigt, nachdem noch ein Obergutachten des Direktors der medizinischen Universitätsklinik Prof. Dr. Sch. zu B. erstattet worden war. Dieses enthielt ein Argument dem gegenüber die Rekursinstanz alle Zweifel an der ursächlichen Bedeutung des Unfalls aufgab: Es unterliegt keinem Bedenken, anzunehmen, dass beim Unfalle die Wirbelsäule eingeknickt wurde — mag eine schon latent vorhandene Tuberkulose der Wirbelkörper die Einknickung begünstigt haben oder nicht —, dass an der eingeknickten Stelle der Wirbelsäule sich ein tuberkulöser Herd gebildet und dass von diesem Herd aus die Tuberkulose sich weiter verbreitet und die Lungen ergriffen hat. Der Unfall ist daher wenigstens als eine wesentlich mitwirkende, unmittelbare Ursache der zum Tode führenden Lungenschwindsucht anzusehen.

M.

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Gesundheitsgefährliche Gerüche.

Entsch. vom 15. April 1901.

Dem Brennereibesitzer H. in S. wurde durch polizeiliche Verfügung vom 3. Mai 1900 aufgegeben, die Benutzung seines von Wohngebäuden eng eingeschlossenen Grundstücks zu Viehstallungen, zur Lagerung von Dünger und anderen übel riechenden Abgängen binnen 8 Wochen einzustellen, da die Ausdünstungen aus dem Stalle und Dünger die Nachbarn erheblich in ihrer Gesundheit gefährdeten. Der Bezirksausschuss zu K. wies die Klage gegen diese Verfügung zurück und das Oberverwaltungsgericht verwarf die eingelegte Berufung des Klägers und führte aus, der Gerichtshof hat auf Grund der erstatteten Gutachten als erwiesen angesehen, dass die Stallung und die Düngergrube in ihrem jetzigen Zustande durch die Ausdünstungen die Gesundheit der Nachbarn gefährdet und den Verkehr in der Kirchgasse belästigt. Der Kreisphysikus bezeichnet den Kuhstall in Folge der besonderen baulichen Verhältnisse im Allgemeinen als gesundheitsschädlich für die Nachbarschaft; der Stadtbaumeister in S. nennt den jetzigen Zustand bau- und sanitätspolizeiwidrig; der Regierungs- und Medizinalrath Dr. F. hat sich dahin geäussert, dass die Belästigungen der Nachbarn auch in gesundheitlicher

Beziehung zu grossen Bedenken Veranlassung geben, und dass die Viehwirthschaft des Klägers sich vom sanitären Standpunkte aus nicht mit den, im vorliegenden Falle an und für sich nicht sehr günstigen Verhältnissen eines dicht bebauten städtischen Bezirkes vertrüge und den Anforderungen der Hygiene an den Zustand der Gehöfte widerspreche, da sie die Reinhaltung der Luft und des Erdbodens, wie der Gebäude selbst nach jeder Richtung hin verhindere. Hiernach war ein Einschreiten der Polizeibehörde gegen die Anlagen des Klägers an sich zulässig, da es sich nicht nur, wie der Kläger geltend macht, um ein im Civilprozesse zu verfolgendes Privatinteresse einzelner Nachbarn sein, sondern um das öffentliche, von der Polizei wahrzunehmende Interesse handelt, Gefährdungen der Gesundheit des Publikums und Belästigungen des Verkehrs auf öffentlichen Wegen zu verhüten (§ 6 f., b Polizeiverwaltungsgesetzes vom 11. März 1850). Bedenken könnten nur nach der Richtung entstehen, ob etwa dem Kläger durch die streitige Verfügung die Benutzung seines Grundstücks zu Viehstallungen für alle Zeiten und ohne Rücksicht auf eine Veränderung der thatsächlichen Verhältnisse verboten werden sollte. Das würde unzulässig sein. Denn wenn auch der gegenwärtige Zustand den Anforderungen der Hygiene nicht entspricht, so ist doch nicht dargethan, dass überhaupt die räumlichen Verhältnisse des Grundstückes die Anlage eines der Gesundheit der Nachbarn nicht schädlichen Stalles mit Düngergrube unmöglich erscheinen lassen. Die Gutachten sprechen nur von dem jetzigen Zustand, auch die allgemeiner gehaltene Aeusserung des Regierungs- und Medizinalrathes Dr. F. hat nur eine Viehwirthschaft von dem Umfange derjenigen des Klägers mit gleichzeitiger Schlempefütterung im Auge. Ebensowenig lassen die Grösse und Lage des Grundstücks, wie sie aus der bei den Akten befindlichen Skizze ersichtlich sind, erkennen, dass es zur Aufnahme eines Stalles mit der nöthigen Dünger- und Jauchegrube gänzlich ungeeignet sei. Hiernach kann die Möglichkeit nicht für ausgeschlossen angesehen werden, auf dem Grundstück nach Vornahme geeigneter baulicher Massnahmen in beschränktem Umfange Vieh zu halten, ohne dass die Gesundheit der Nachbarn gefährdet oder der Verkehr in der Kirchstrasse belästigt wird.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Jacob, Paul und **Pannwitz,** Gotthold, Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberkulose. Auf Grund ihrer in den deutschen Lungenheilstätten angestellten Sammelforschung. Band I. Leipzig. Verlag von Georg Thieme 1901. 372 Seiten.

Die beiden Verfasser haben sich die dankenswerthe Aufgabe gestellt, eine Sammelforschung über die Entstehungsursachen der Lungentuberkulose bei den in den deutschen Lungenheilstätten befindlichen Kranken anzustellen. Die Fragebogen wurden den Kranken selbst zugestellt und nach erfolgter Ausfüllung von den leitenden Aerzten durchgesehen. Ausserdem wurden noch die Journale von 612 bei zwei grossen Lebensversicherungen versichert gewesenen Personen, welche in den letzten 4 Dezennien an Tuberkulose verstorben sind, zur Aufstellung der Statistik benutzt. Das gewonnene Material ist übersichtlich in Tabellen zusammengestellt und bildet den ersten Abschnitt und auch ungefähr die erste Hälfte des vorliegenden Bandes.

Der zweite Abschnitt bespricht unter Benutzung der bei dieser Sammelstatistik gewonnenen Erfahrungen die hauptsächlichsten ätiologischen Momente in folgender Eintheilung: Heredität und Disposition; die Beziehungen zwischen Skrophulose und Lungentuberkulose; die Entstehung der Tuberkulose beim Menschen durch den Genuss tuberkelbazillenhaltiger Nahrung; die Entstehung und Uebertragung der Lungentuberkulose in geschlossenen Räumlichkeiten; Ehe, Schwangerschaft und Lungentuberkulose; die Beziehungen der Lungentuberkulose zu anderen Krankheiten; die Bedeutung des Traumas für die Entstehung der Lungentuberkulose. In einem Schlusskapitel werden noch andere begünstigende Momente (körperliche Anstrengungen, Alkoholismus) kurz erwähnt.

Für die Leser dieser Zeitschrift ist das Kapitel über die Bedeutung des Traumas von besonderem Interesse. Die Verfasser beschäftigen sich zunächst mit der Frage, ob die Lungentuberkulose durch eine einmalige, den Brustkorb oder die Lungen selbst treffende Verletzung hervorgerufen, bezw. verschlimmert werden kann. 33 Patienten (unter im Ganzen 3295, von denen Nachrichten erhalten wurden) gaben mit Bestimmtheit an, ihre Krankheit wäre direkt im Anschluss an ein Trauma, welches den Brustkorb betroffen hatte (Sturz oder Schlag auf die Brust oder Quetschung des Thorax), entstanden. Die Krankengeschichten dieser Patienten werden kurz angeführt. Naturgemäss ist ein derartiges Material zur Entscheidung der Frage, ob das Trauma die Lungentuberkulose hervorgerufen oder nur zu ihrer Verschlimmerung geführt hat, nicht geeignet; die Verfasser heben auch selbst hervor, dass bei mehreren ihrer Kranken noch andere begünstigende Momente vorlagen.

Ferner beschäftigen sich die Verfasser mit dem Einfluss eines in Folge der Berufsthätigkeit Monate und Jahre lang gegen den Brustkorb ausgeübten starken Druckes. Fünf unter ihren Patienten hatten diesbezügliche Angaben gemacht; die Verfasser sind geneigt, diesem Momente ebenfalls eine begünstigende Rolle bei der Entwickelung der Lungentuberkulose zuzuschreiben.

Weiterhin wird die Frage erörtert, ob durch ein allgemeines, nicht die Lunge direkt, sondern den gesammten Organismus treffendes Trauma (z. B. Sturz vom Gerüst) Lungentuberkulose hervorgerufen oder verschlimmert werden kann. Von den Patienten der Sammelforschung beziehen 17 die Entstehung ihrer Krankheit auf einen Sturz, 3 auf einen nicht näher präzisirten Unfall und 1 auf eine Kopfverletzung. Nach Anführung der Krankengeschichten gelangen die Verfasser zu dem Eindruck, dass mindestens eine erhebliche Verschlimmerung einer bereits bestehenden Lungentuberkulose auf diesem Wege vorkommen kann. Zum Schluss erwähnen die Verfasser kurz die bekannte Einwirkung der verschiedenen Staubarten als eines von innen auf die Lungen wirkenden Traumas.

Referent muss sich damit begnügen, auf dieses für die Sachverständigenthätigkeit besonders wichtige Kapitel ausführlicher hingewiesen zu haben. Die übersichtliche und klare Darstellung macht das Buch besonders geeignet, dem Praktiker zur Orientirung auf diesem so wichtigen Gebiete zu dienen. Der zweite Band des Werkes wird den auf der Kenntniss der Aetiologie beruhenden Abwehrmassregeln gewidmet sein.

Stern-Breslau.

Heymann, Dr. med. Eugen, Augenarzt in Riga. Ophthalmologische Operationslehre speziell für prakt. Aerzte und Landärzte. I. Band. Halle a. S., Karl Marhold. 1901. 104 Seiten.

Das vorliegende Werk soll dem prakt. Arzte in einer kleinen Stadt oder dem Landarzte, der sich nicht dicke Folianten anschaffen kann, die Möglichkeit geben, sich an eine Augen-

operation zu wagen. Verf. scheint besonders an russische Verhältnisse zu denken; denn in Deutschland, wo eine genügende Anzahl von Augenärzten vorhanden ist, wird der praktische Arzt viele der geschilderten Operationen dem Spezialisten überlassen müssen. Der erste Theil des Werkes behandelt die Operationen, welche ohne Eröffnung des Bulbus einhergehen, zunächst die Lidoperationen. Die Behandlung des Chalazion und Hordeolum wird eingehend besprochen, es folgen die Operationen gegen Ptosis, falsch stehende Wimpern und Entropium, ferner die Canthoplastik und Tarsoraphie. Bei den Operationen an der Bindehaut wird die Entfernung von Fremdkörpern und die Scarifikation abgehandelt, sodann die Operation des Pterygium, die subkonjunktivalen Injektionen und die verschiedenen Massnahmen gegen das Trachom. Es folgen die Operationen an der Hornhaut, von denen wir die Entfernung von Fremdkörpern, die Operationen gegen Pannus, Hornhautgeschwür und Staphylom, sowie die Tätowirung erwähnen. Die Behandlungsweisen der Thränenleiden, die Spaltung der Thränenröhrchen und Sondirung, Verödung und Exstirpation des Thränensackes finden ausführliche Besprechung. Den wenigen operativen Eingriffen an der Sclera schliessen sich die Schieloperationen, Rück- und Vorlagerung der Augenmuskeln, sowie die Enucleatio balbi und einige verwandte Operationen an. Das Werk enthält zahlreiche Abbildungen, die Darstellung ist klar und deutlich. Groenouw.

Fidler, Gesetz, betr. die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899. Guttentagsche Sammlung preussischer Gesetze Nr. 29. Berlin 1901. 132 S. Pr. 1,50 M.

Die Kommentarausgabe des Gesetzes über die Ehrengerichte bildet ein neues Glied in der Reihe derjenigen Nummern der Guttentag'schen Sammlung, die jedem Arzte unentbehrlich sind.

Ludwig, Hermine-Bunzlau. Ungelehrte Plaudereien: Wie behandelt man seinen Arzt. Bunzlau, G. Kreuschmer, 1901. 51 Seiten, 30 Pfg.

Ein wohlmeinendes Büchelchen von einer verständigen Frau, welches im Kampfe der Vernunft gegen das Kurpfuscherthum gute Dienste thun kann und in diesem Sinne Verbreitung verdient. Der Volkston könnte vielleicht auch mit geringerem Aufwande an Ausrufungszeichen und Gedankenstrichen wirksam getroffen werden.

Tagesgeschichte.

Ein neuer „Mädchenstecher".

An die alte Kriminalgeschichte des Mädchenstechers von Bozen erinnert folgender für den ärztlichen Sachverständigen sehr kennenswerthe Fall.

Vom Sommer vorigen bis zum Frühling dieses Jahres geschah in der Gegend von Ludwigshafen eine grössere Anzahl von eigenartigen und stets in gleicher Weise ausgeführten Verbrechen: Mädchen, welche auf offner Landstrasse oder in deren Nähe Abends in der Ausübung des Beischlafs begriffen waren, erhielten plötzlich je einen oder mehrere Stiche in die Oberschenkel oder Geschlechtstheile durch einen Mann, der sich in der Dunkelheit herangeschlichen hatte, und dem es stets gelang, zu entspringen. Durch List gelang es schliesslich zwei Polizeibeamten, ihn zu fangen. Ueber seine Persönlichkeit entnehmen wir dem „Pfälzischen Kurier" — eine andre Quelle als diese Tageszeitung stand uns leider nicht zur Verfügung — folgende Daten: Es handelt sich um einen 25jährigen Mann, der es beim Militär zum Unteroffizier, bei der Eisenbahn zum Vorarbeiter gebracht und bisher den Ruf eines äussert braven, fleissigen und nüchternen Menschen genossen hat. Seine Fähigkeit zu normalem Geschlechtsverkehr hat er durch ein längere Zeit fortgesetztes Liebesverhältniss bekundet, aus dem ein Kind hervorgegangen war. Die Hochzeit war bereits festgesetzt.

Dieser Mann hat nun, wie er selbst angiebt, 1900, nach einer überstandenen Geschlechtskrankheit, zum ersten Male und dann immer wieder, den unbezwinglichen Drang gespürt, Frauenspersonen zu stechen. Er habe durchaus keine geschlechtlichen Gedanken dabei gehabt. Nach Ausführung der That sei er „befriedigt" gewesen. In seiner Wohnung wurde eine grosse Anhäufung von Frauenwäsche gefunden. In dem Mitnehmen dieser gab der Angeklagte an, „eine geschlechtliche Befriedigung" gefunden zu haben.

Beobachtung in einer Irrenanstalt ergab geringe, aber nicht krankhaft verminderte Verstandeskraft, mangelnde Widerstandsfähigkeit, erhöhte Geschlechtserregbarkeit. Die Anwendbarkeit des Paragraph 51 konnte nicht bejaht werden, doch erschien die Zurechnungsfähigkeit vermindert. Das Gericht verurtheilte den Angeklagten im vorigen Monat unter Zubilligung mildernder Umstände zu 9 Jahren Gefängniss.

Freiheitsberaubung durch ein Schlafmittel.

Die Leipziger Drogisten-Zeitung weiss über einen jener seltenen, vom ärztlichen Gesichtspunkte so interessanten Fälle zu berichten, in denen zum Zwecke der Freiheitsberaubung Betäubungsmittel benützt werden. Der Frau eines Uhrmachers in Aachen war von ihrem Manne die Betheiligung an einigen Vergnügungen nicht gestattet worden. Um nun doch zu diesen gehen zu können, bediente sie sich eines Schlafpulvers. Wenn sie ausgehen wollte, liese sie ihren Mann einfach „schlafen". Als sie ihrem Manne schliesslich ganz durchgegangen war, klärte eine Magd den Mann über die von seiner Frau angewandten Mittel auf, worauf dieser Anzeige wegen Freiheitsberaubung erstattete. Die Strafkammer erkannte gegen die Frau auf 14 Tage Gefängniss. Ueber die Quelle, aus der die Frau das „Schlafpulver" bezogen hat, erfahren wir leider nichts.

Bedeutet Abschreiben von Rezepten, die für eine Krankenkasse ausgestellt sind, unter Veränderung der Unterschrift eine strafbare Unterdrückung von Urkunden?

Ein eigenartiger Rechtsstreit hat kürzlich seinen, für den beteiligten Arzt befriedigenden Ausgang gefunden. Wir geben die Thatsachen darüber nach der „Pharmazeutischen Zeitung" wieder.

Dr. W. war Kassenarzt bei der Ortskrankenkasse in Weisswasser-Hermannsdorf. Wegen Ueberbürdung nahm er den Dr. Sch. als Assistenzarzt an. Die Krankenkasse beschloss nun aber, dass der Assistenzarzt nur dann honorirt werden solle, wenn Dr. W. selbst durch Reisen verhindert sei, die Kassenmitglieder zu behandeln. Dr. W. protestirte in der betreffenden Sitzung sofort energisch gegen diesen Beschluss unter Berufung auf § 7 des mit ihm abgeschlossenen Vertrages

und liess dann ruhig den Dr. Sch. die Patienten der Ortskrankenkasse weiter behandeln, auch wenn er selbst nicht auf Reisen war. Die 150 Rezepte, welche Dr. Sch. ausgestellt hatte, liess Dr. W. sich vom Apotheker herausgeben. Er schrieb sie dann ab, unterzeichnete sie mit seinem Namen und gab diese neuen Rezepte dem Apotheker. Die Originale vernichtete er zum Theil selbst, zum Theil gab er sie eingerissen zurück, damit der Apotheker den darauf vermerkten Preis der Medizin auf die Abschriften übertragen konnte, um dann die Originale zu vernichten. Die Rezepte waren allerdings von Dr. Sch. nicht unterschrieben worden, aber an der Handschrift erkennbar. Die Rezepte gehörten, wie das Landgericht Görlitz ausführte, nicht dem Angeklagten allein, sondern auch den Patienten bezw. der Krankenkasse. Dadurch, dass er der Ortskrankenkasse die Beweismittel für ihre Regressansprüche entzogen, habe er Urkunden, die ihm nicht allein gehörten, beseitigt und die Krankenkasse geschädigt. Auf die eingehenden Darlegungen des Verteidigers Justizrath Munckel in Berlin und des Reichsanwalts hob das Reichsgericht damals das Urtheil auf. Es wurde betont, dass eine Schädigung der Krankenkasse nicht festgestellt sei. Zu Unrecht sei auch in dem blossen Zurückbehalten eine Unterdrückung erblickt worden. Endlich sei auch nicht beachtet worden, dass der Angeklagte geltend gemacht habe, er habe sich zu seinem Vorgehen für berechtigt gehalten. Das Landgericht Liegnitz hat nun die ihm gegebenen Direktiven befolgt und den Angeklagten freigesprochen, nachdem es festgestellt hatte, dass der Angeklagte die Rezepte mit dem Willen des Apothekers erhalten und, soweit er sie nicht zurückgegeben, aufbewahrt hat, ferner, dass er die Krankenkasse nicht benachtheiligt und dass er nicht das Bewusstsein gehabt hat, durch die Zurückbehaltung die Kasse zu schädigen. Die Revision des Staatsanwalts gegen das neue Urtheil wurde vom Reichsanwalt für unbegründet erklärt, da sie sich nur gegen die thatsächlichen Feststellungen richte. Eine Unterdrückung der Rezepte aus dem Februar 1900 liege nicht vor, weil der Angeklagte sie zurückgegeben; aber auch die Rezepte aus dem März und April könnten nicht als unterdrückt angesehen werden, da der Angeklagte sie später, ohne eine Aufforderung, zur Zurückgabe herausgegeben habe. Dass auch bezüglich der letzteren Serie von Rezepten keine Beschädigung von Urkunden vorliege, habe das Landgericht thatsächlich einwandfrei festgestellt. Das Gericht sage ausdrücklich, dass die Rezepte durch die Manipulationen des Angeklagten mit ihnen durchaus Nichts an ihrer Beweiskraft eingebüsst hätten. Ohne Weiteres werde aber die Freisprechung durch die Feststellung getragen, dass der Angeklagte überhaupt vollständig im guten Glauben gehandelt habe. Es sei überhaupt zweifelhaft, wem das Eigenthum an den Rezepten zustehe; der Angeklagte habe jedenfalls den Apotheker als den Eigenthümer angesehen, und da er mit dessen Einwilligung über die Rezepte verfügte, so handelte er subjektiv nicht rechtswidrig. Wenn der Angeklagte sich hier in einem Irrthum befunden habe, so sei es ein civilrechtlicher Irrthum gewesen, der ein strafrechtliches Verschulden ausschliesse. Der Vertheidiger hatte diesen Ausführungen nichts hinzuzufügen und das Reichsgericht erkannte, wie schon bemerkt, auf Verwerfung der staatsanwaltlichen Revision.

Professur für Gewerbehygiene.

Die bayerische Unterrichtsverwaltung hat, wie die „Voss. Ztg." meldet, in den Staatshaushalt die Mittel zur Errichtung einer Professur für Gewerbehygiene an der Universität München eingestellt. Begründet wird dies mit dem Hinweise darauf, welche Bedeutung bei der neuzeitlichen Entwickelung der Industrie der Gewerbehygiene zukommt. Diese Bedeutung und der Umfang des Faches habe es als unthunlich erscheinen lassen, dem Bedürfnisse nach einer geordneten hygienischen Unterweisung der Medizinstudirenden in der Gewerbehygiene etwa dadurch zu genügen, dass man einem der beiden Münchener Hygieneprofessoren (Büchner und Emmerich) noch einen Sonderauftrag, Gewerbehygiene zu lehren, gäbe. Das Gebiet verlange vielmehr die Berufung einer eigenen Lehrkraft.

Es wäre sehr erfreulich, wenn auch in Preussen solche Professuren ins Leben gerufen würden. Sie würden bezüglich der Ausbildung der Aerzte in der Gewerbehygiene das nothwendige Seitenstück zu der neuerdings angeordneten intimeren Betheiligung der Kreisärzte an der Gewerbehygiene bilden.

Schulärzte in Sachsen.

Für die diesjährige Plenarversammlung des Königl. Landes-Medizinal-Kollegiums ist von Medizinalrath Hankel in Glauchau folgender Antrag, welchen er in den Bezirks- und Kreisvereinen zu berathen bittet, gestellt worden:

Das Königl. Landes-Medizinal-Kollegium wolle an geeigneter Stelle beantragen, dass die ärztliche Ueberwachung der Schulkinder durch eine für das ganze Land geltende Verfügung geregelt werde.

Wir wünschen den Bestrebungen H.'s, deren Berechtigung den Lesern unsrer Zeitschrift ohne Weiteres geläufig ist, schnelle und möglichst vollkommene Verwirklichung.

Verscharren von Milzbrandkadavern.

Der Landwirthschaftsminister hat an die Regierungspräsidenten eine allgemeine Verfügung erlassen, worin darauf hingewiesen wird, dass die Vorschriften über Verscharren von Milzbrandkadavern nicht in dem Masse, wie es erforderlich ist, beachtet worden sind. Es heisst in der Verfügung: Es sind auch in letzter Zeit Milzbrandkadaver wieder in Sand- und Kiesgruben, Steinbrüchen oder an solchen Orten vergraben worden, von denen gelegentlich Material zu Stall- oder Wegebauten und Pflasterungen entnommen zu werden pflegt. Auch sind mehrfach zur Aufbewahrung von Viehfutter (Kartoffel- und Rübenmiethen, Schnitzelgruben u. s. w.) in der Nähe von Gehöften, Plätze verwendet worden, die früher zur Verscharrung von Milzbrandkadavern gedient haben. Das Futter ist dadurch, namentlich wenn die Plätze tief oder in der Nähe von Wasserläufen lagen oder erheblichen Grundwasserschwankungen ausgesetzt waren, infizirt und seine Verwendung hat zu schweren Verlusten an Vieh geführt. (Voss. Ztg.)

Betriebs-Werkstätte des Vereins für Unfallverletzte.

Der unter der Leitung des Gewerberichts-Direktors von Schulz stehende Verein für Unfallverletzte hat nunmehr in der Kopenhagenerstrasse 76 eine Werkstatt eröffnet, in der Unfall-Verletzte mit dem Anfertigen von Bürstenwaaren angelernt und beschäftigt werden. Es wird nach den von den Auftraggebern überlassenen Mustern gearbeitet und zwar zu den Preisen, die dieselben bisher anderweit bezahlt haben. Nachdem sich eine Anzahl von Abnehmern bereit erklärt hat, ihren Bedarf dort zu decken, erscheint der Bestand der Werkstatt gesichert. Das Bureau des Vereins befindet sich nach wie vor in den Räumen der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen, Köthenerstrasse 23, und ist am Montag, Mittwoch und Freitag jeder Woche Nachmittag von 6—8 Uhr für Unfall-Verletzte offen. Es werden hier unentgeltlich Rathschläge wie Auskünfte jeder Art ertheilt und die nöthigen Schriftstücke angefertigt.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestel'geld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 22. Ausgegeben am 15. November.

Inhalt:

Wo ist das Kind geboren?

Von
dem Direktor einer Entbindungsanstalt.

So lächerlich eine solche Frage auf den ersten Blick erscheinen mag, sie wurde in der That unlängst von Gerichtswegen gestellt und musste der eigenartigen Verhältnisse wegen gestellt werden.

Der Fall, um den es sich hier handelt, war folgender:

Frau X., 21 Jahre, kreisste am Ende ihrer ersten Schwangerschaft. Zeitweise traten mehrere Tage hindurch Wehen ein. Als aber die Geburt nicht voranging, wurde ein Arzt zugezogen, der dann erklärte, dass wegen der Enge des Einmarkstückgrossen Muttermundes noch zugewartet werden müsste. Das passte aber den Leuten nicht, und so rief man am 13. März 1901 Abends 7 Uhr einen anderen Arzt, der sich bereit erklärte, die Geburt sofort zu beendigen. Derselbe konstatirte Kopflage —, erweiterte, da die Kreissende entbunden zu werden wünschte, manuell den etwa Fünfmarkstück grossen Muttermund und nahm, da er mit der Zange den Kopf nicht erreichen konnte, die Wendung auf den Fuss vor. Trotz sehr vorsichtigen und langsamen Vorgehens trat ein kompleter Dammriss ein. Trotz mühevoller Arbeit war es ihm bei der grossen Becken- und Scheidenenge nicht möglich, den Kopf zu extrahiren. Als er vergebens starken Zug mit den Händen ausgeübt hatte, versuchte er mit dem Haken, den er in des Kindes Mund einsetzte, den Kopf zu extrahiren, was auch misslang. Durch den starken Zug mit der Hand und dem Haken war die Wirbelsäule vom Kopf getrennt und zuletzt nur noch durch eine kleine Hautbrücke mit diesem verbunden, die er denn, um mit Scheere und Trepan besser beizukommen, durchschnitt. Zugleich mit dem hinzugezogenen Amtsarzt versuchte er mit dem Cephalotripter einzelne Schädelknochen zu entfernen, aber auch dieser Versuch misslang wegen der starken Kontraktur der Uterusmuskulatur.

Der Rumpf mit den Extremitäten wurde im Ort beerdigt.

Darauf wurde beschlossen, die Frau in unsere Entbindungsanstalt zu schaffen. Man fuhr sie in der Droschke des Amtsarztes in 2 Stunden nach der nächsten Bahnstation und lud sie hier in die Bahn. Nach einstündiger Fahrt kam sie am 14. März Morgens 11 Uhr an und wurde mittelst Krankenwagens in unsere Anstalt befördert.

Der Zustand bei der Aufnahme war ein kläglicher: Sehr starke Erschöpfung, Puls 140, klein, Temperatur 38, Leib

stark aufgetrieben, der steinharte Uterus, druckempfindlich, enthielt den abgerissenen Kindskopf, Becken allgemein verengt, Sp. Il. 22, Cr. Il. 25, Tr. 28, D. B. 19, Conj. diag. 10 cm. Bei der Genitaluntersuchung fand man zunächst starkes Oedem der Schamlippen und einen tief in den Mastdarm hinaufreichenden Dammriss 3. Grades mit unregelmässigen, grauen Wundflächen, Ausfluss sehr übelriechend, der äussere Muttermund so eng zusammengezogen, dass er nur 2 Finger durchliess. Gleich darüber tastete man den Kopf resp. die Rissfläche des Halses mit einigen Halswirbeln. Das Kinn war nicht erreichbar. Bei solcher Sachlage war es unmöglich, an eine Anbohrung oder Zertrümmerung und Ausziehung des zurückgehaltenen Kopfes zu denken, weil sich die Gebärmutter fest darum zusammengezogen hatte.

Wollte man die Frau nicht unentbunden sterben lassen, so konnte nur noch der Kaiserschnitt helfen, obwohl bei dem jauchigen Ausfluss, dem hohen Fieber und den entzündlichen Erscheinungen seitens des Uterus und des Bauchfells die Prognose als denkbar ungünstig bezeichnet werden musste. Die Frau wurde gebadet, möglichst gründlich die Genitalsphäre und Bauchdecken desinfizirt und dann die Operation vorgenommen: Bauchschnitt vom Nabel bis zur Schossfuge. Der Kopf stak in dem stark gedehnten und ihm fest anliegenden unteren Uterussegment. Letzteres wurde durch Querschnitt eröffnet. Die Entwickelung mit der Hand gelang aber wegen fester Umschnürung nicht und so setzte ich eine kräftige Hakenzange ein. Nach Durchbohrung der Kopfschwarte drang aashaft riechendes Gas hervor. Nun gelang die Entwickelung des Kopfes und der Nachgeburt. Der Uterus wurde hervorgezogen, grosse Gazekompressen über die Bauchdecken und Därme gebreitet und nun die Amputation nach Porro streckenweise unter Umschnürung der dazwischen liegenden Gewebe mit Seidenfäden vorgenommen. Den Stumpf zog man heraus und bestrich dessen Innenseite mit konzentrirter (90-prozentiger) Karbolsäure unter Benützung von Wattepfropfen. Nach Abtupfen der überschüssigen Karbolsäure führte man reichlich Jodoformgaze durch den Halskanal in die Vagina und vernähte das Bauchfell unter Mitfassen der Stumpfränder über dem Stumpf; dann sorgfältiges Austupfen der Bauchhöhle mit trockener Gaze, Bauchdeckennaht und Verband in üblicher Weise.

Am Abend Temperatur 37,4, Puls 140, klein. Kein Erbrechen, Leib nicht aufgetrieben; Allgemeinbefinden ziemlich befriedigend.

Am folgenden Tag Befund fast der gleiche: Temperatur Morgens 36,8, Abends 37,5, Puls Morgens 140, Abends 154.

16. März. Temperatur 36,9, Abends 37,8 °, Puls Morgens 156, Abends 160. Athmung Morgens 36, kein Erbrechen, Abdomen nicht aufgetrieben, wenig schmerzhaft. Scheidengaze entfernt. Bauchwunde mit Jodoform bestreut, Nachmittags Urticaria, die nach einer Stunde schwand. Allgemeinbefinden Abends rasch verschlimmert, hochgradige Athemnoth. Abends 10 Uhr Exitus letalis.

Sektionsbefund: Eitrig fibrinöse Peritonitis, von dem Stumpf ausgehend. Jauchige Beschaffenheit der Vagina. Dammriss III °, Hämorrhagieen in der Blasenschleimhaut. Atelectase und Hypostase der Lungen. Circumscripte adhäsive Pleuritis rechts, Trübung der Leber und Nieren. Geringer Milztumor.

Der Fall bietet mehrere Seiten, welche einer Betrachtung werth erscheinen.

Zunächst eine forensische. Dass das geburtshilfliche Vorgehen des an zweiter Stelle zugezogenen Arztes, der bei allgemeiner Beckenenge zweiten Grades und thalerweitem Muttermunde, und gar noch bei einer Erstgebärenden die manuelle Erweiterung des Muttermundes, die Wendung vom Kopf auf die Füsse und die Extraktion mit gewaltiger, zur Durchreissung des kindlichen Halses führender Kraftanwendung ausführte — statt zuzuwarten und nöthigen Falls später die Perforation vorzunehmen, als ein geradezu grober Kunstfehler bezeichnet werden muss, liegt für jeden Sachkundigen auf der Hand. Da von Seiten des Mannes keine Anklage gegen den Arzt wegen fahrlässiger Körperverletzung erfolgte, hielten wir uns nicht für verpflichtet, eine solche zu erheben und begnügten uns, dem behandelnden Arzt privatim gründlichst Vorhalt wegen seiner Kunstfehler zu machen.

Die andere Seite des Falles betrifft die standesamtliche Eintragung des Kindes. Dasselbe war in der Heimathsgemeinde dem Standesamt als todtgeborenes Kind ohne Kopf bezeichnet worden. Der Beamte, welcher die standesamtlichen Einträge seitens unserer Anstalt vorbereitet, hatte die Geburtsanzeige unterlassen, weil es sich nur um „die Geburt eines Kopfes" gehandelt habe. Der Assistent hatte diese Unterlassung nicht bemerkt.

Nun wurde uns von dem die Standesamtseinträge überwachenden Gerichte mitgetheilt, dass im Heimathsort das Kind als todtgeborenes Kind ohne Kopf eingetragen worden sei, und die Frage an uns gerichtet, welche Standesamtseinträge von Seiten der Anstalt geschehen seien. Wir erwiderten, dass unserer Auffassung nach die dortige Geburtsanzeige zu unterlassen sei und von uns bei unserem Standesamt nachträglich erstattet werden würde, was denn auch geschehen ist.

Nach dieser Darlegung ist die prinzipielle Frage berechtigt: Bei welchem Standesamt muss die Geburtsanzeige eines Kindes erstattet werden, dessen einer Theil an einem, dessen Rest an einem anderen Ort geboren ist?

Es ist wohl klar, dass bei dem ersten Standesamt *nicht* eingetragen werden kann: Geburt eines Rumpfes mit Armen und Beinen, bei dem zweiten: Geburt eines Kopfes.

Denn abgesehen davon, dass man einen kopflosen Rumpf nicht schlechthin als Kind bezeichnen darf, so würde dadurch ein grober Fehler in die Standesamtsbuchführung eingeführt werden, indem eben dann zwei Kinder als geboren an zwei verschiedenen Orten eingezeichnet und dadurch die Reichs-Statistik gefälscht werden würde. Es scheint mir vielmehr das Richtige, wie wir es nachträglich thaten, das Kind an dem Ort, an dem der Rest seines Körpers geboren worden ist, als geboren resp. todtgeboren eintragen zu lassen.

Jedenfalls wird man in solchen immerhin zweifelhaften Fällen darüber wachen müssen, dass nicht an zwei Orten Anzeige geschieht.

Etwas eigenartig würde der Fall liegen, wenn die zur Anzeige Verpflichteten, einerseits der Vater oder dessen Stellvertreter, andererseits die Entbindungsanstalt, in welche eine solche Halbentbundene gebracht wird, jede Anzeige unterlassen hätten, indem sich der eine auf den anderen verliess und dann seitens des Gerichts Strafantrag wegen Unterlassung eines standesamtlichen Eintrags erfolgt wäre. Dann würde sich die prinzipielle Frage erheben, wer zur Anzeige verpflichtet ist. Eine gesetzliche Entscheidung darüber liegt meines Wissens nicht vor, doch wäre sie wünschenswerth, um in solchen Fällen, die wohl schon öfters vorgekommen sind, eine willkürliche Entscheidung des Richters zu verhüten. Ich habe über diese Frage mit verschiedenen Richtern gesprochen, deren Ansichten getheilt waren.

Meine persönliche Meinung geht, wie bemerkt, dahin, dass die Pflicht der Geburtsanzeige für den Ort der Geburtsvollendung besteht.

Um etwaigen Zweifeln zu begegnen, möchte ich vor-

schlagen, zu den standesamtlichen Anweisungen folgenden Zusatz zu machen: „Wenn ein Kind bei der Geburt zerstückelt worden ist und die einzelnen Theile an verschiedenen Orten zu Tage getreten sind, so besteht die Pflicht der Geburtsanzeige für den Ort, wo die Geburt vollendet worden ist."

Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichsversicherungs-Amtes.

Vortrag, gehalten 73. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Hamburg, 22. September 1901. (Abth. für gerichtl. Medizin.)

Von
Dr. Emil Schäffer.
Grossh. Kreisarzt in Bingen.

In Band 4 der Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten hat Lauenstein Beiträge zur Frage der Erwerbsfähigkeit von Personen geliefert, die ausserhalb der Unfallgesetzgbung Verletzungen erlitten und diese mit seinen Erfahrungen an entschädigungsberechtigten Unfallverletzten verglichen. Das Ergebniss seiner vergleichenden Betrachtungen fasst Lauenstein in dem lebhaften Ausdruck des Bedauerns zusammen über die Wirkungen eines Gesetzes, dessen Motive an und für sich so rein sind und das so ganz ausschliesslich der Wohlfahrt unserer arbeitenden Bevölkerung zu dienen bestimmt ist. Im gleichen Jahr hat Blasius[1] weiteres, nicht minder beweisendes Material zu dieser Frage geliefert, in der Unfallliteratur behandeln noch die kasuistischen Mittheilungen von Professor Thiem, Herdtmann,[2] Müller-Lübeck[3] und eine Arbeit von Bogatsch[4] in Breslau die wichtige Frage der Ausgleichung schwerer Unfallfolgen durch die Gewöhnung, jedoch im Wesentlichen nur unter Beibringung von Kasuistik.

Es ist bei der grossen Bedeutung der Unfallgesetzgebung nicht ohne aktuelles Interesse, sich einmal die Grundsätze zu vergegenwärtigen, nach denen unsere oberste Spruchbehörde in seinen Rekursentscheidungen das Moment der Gewöhnung an Verletzungsfolgen berücksichtigt. Wenn ich an zweiter Stelle meines Vortrages den Versuch machen werde, dies zu thun, so verhehle ich mir keineswegs die Schwierigkeiten eines solchen, besonders da es sich darum handelt, ein so vielseitiges und umfangreiches Spruchmaterial wie jenes des R. V. A.'s in dem knapp bemessenen Rahmen eines Vortrags wenigstens der Hauptsache nach zur Besprechung zu bringen.

Was zunächst die in den vorerwähnten Arbeiten niedergelegten Beobachtungen betrifft, so kann ich mich auf den Hinweis beschränken, dass sie zur Evidenz zeigen, dass auch bei ganz bedeutenden anatomischen Veränderungen, wenn anders der Verletzte den guten Willen hat und frühzeitig die Arbeit wieder aufnehmen muss, eine weitgehende Adaption eintritt.

Ich greife nur die bemerkenswerthesten Fälle heraus, z. B. den von Lauenstein mitgetheilten Fall einer daumenlosen rechten Hand eines Rechtshänders, in dem der betreffende Arbeiter bei Verlust vom rechten Daumen mit Mittelhandknochen alle Arbeiten verrichtete, die man überhaupt mit einer gesunden Hand nur verrichten kann, sowohl die groben wie feinen Greifbewegungen, so dass der betreffende Mann trotz dieser empfindlichsten Handverletzung zwanzig Jahre als Heizer den vollen Lohn sich erwerben konnte.

Blasius erwähnt einen Mann, der von seinen 28 Fingergliedern nach und nach $18^1/_4$ verloren hat, trotzem als Akkordarbeiter noch 34 Pfennige in der Stunde verdiente und seine in so grossem Umfang schwer verstümmelten Hände ausserordentlich geschickt gebrauchte.

Bogatsch berichtet unter Anderem über einen Mann mit einer schweren Ellenbogengelenkverletzung (Abschälungsfraktur des äusseren Gelenkhöckers am Humerus). Auf dem Röntgenbild kann man sehen, wie das abgesprengte Knochenstück nicht angewachsen ist, sondern mit dem Radiusköpfchen durch Bandmassen verbunden ist, dabei besteht gleichzeitig noch eine Luxation der Ulna nach hinten und trotz dieser gewaltigen Veränderungen im Ellenbogengelenk hat der Mann zwölf Jahre lang von Früh bis Abends Ziegeln gekarrt.

Für die unteren Gliedmassen enthält die bis jetzt vorliegende Kasuistik relativ wenige Fälle. Sie betreffen Knie und Fuss. Trotz ihrer Spärlichkeit illustriren aber auch sie die grosse Anpassungsfähigkeit von Leuten, die einzig und allein auf die Arbeit angewiesen sind. Blasius erwähnt eine Frau, die nach einer Excision im Kniegelenk eine Verkürzung des Beines von 18 cm zurückbehielt, sie war genöthigt, als Zehengängerin zu arbeiten, und hat in einer Wäschefabrik mit oder, besser gesagt, trotz dieser Gehstörung die gefüllten Wäschekörbe von einem Gebäude zum anderen tragen müssen und können, sie hat wie ihre Mitarbeiterinnen den vollen Lohn gehabt. In den Fällen von Bogatsch und Lauenstein, die Knieverletzungen betreffen, haben die nicht versicherten Verletzten trotz Verkürzung des Beines von 6 bis 13 cm, trotz totaler Versteifung des Knies mit hochgradiger Abmagerung der Muskulatur als Fabrikarbeiter und Kesselschmied Mk. 3,50 pro Tag verdient. In dem Thiem'schen Fall handelt es sich um eine vollständig Bajonnetstellung im Knie und eine Pseudarthrose an der Bruchstelle des Schienbeins mit 5 cm betragender Verkürzung: dieser Mann hat trotz der schwierigen anatomischen Verhältnisse seines Kniegelenkes 30 Jahre in dem Beruf eines Ziegeleiarbeiters alle schweren Arbeiten verrichten können.

Wagner und Stolper erwähnen in ihrer bekannten Monographie über Verletzungen der Wirbelsäule und des Rückenmarkes einen Mann mit einer schweren Kompressionsfraktur der unteren Brustwirbelsäule, hochgradiger Buckelbildung, der zugleich einen Schädelbruch und einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitten und zwölf Jahre hindurch mit seinen Verletzungsfolgen als Vollbergmann gearbeitet hat, also in einem Beruf, der, wie wohl kaum ein zweiter in der Industrie, körperliche Gewandtheit und Sicherheit zur nothwendigen Voraussetzung hat.

Von schweren Verletzungsfolgen im Hüftgelenk mit guter funktioneller Adaption ist in her bisherigen Sammlung solcher Fälle, die in ihrem Verlauf nicht durch das Unfallversicherungsgesetz beeinflusst worden sind, sondern zum Glück und zur Zufriedenheit der Verletzten durch die allerdings recht unbequeme Nothwendigkeit, einzig und allein auf den selbstthätigen Erwerb in möglichst früher Zeit nach der Verletzung zurückkommen zu müssen, noch kein Paradigma vertreten.

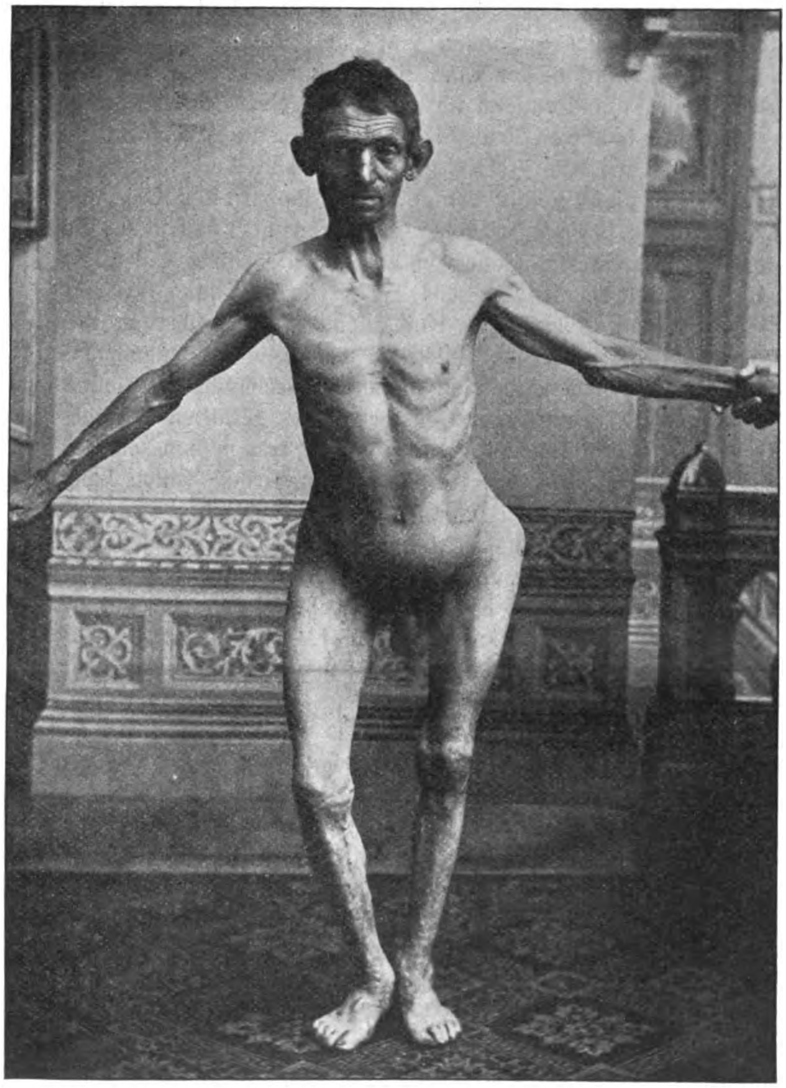
Kaufmann erwähnt in dem Schlusswort zu dem Vortrag von Blasius in Wien, dass ihm in der Schweiz Bergführer bekannt seien mit unkorrigirter Hüftgelenksverrenkung. Ich muss gestehen, dass mir damals bei der Lektüre des Berichtes in der Thiem'schen Monatsschrift für Unfallheilkunde nur der autoritative Name von Kaufmann die in mir auf

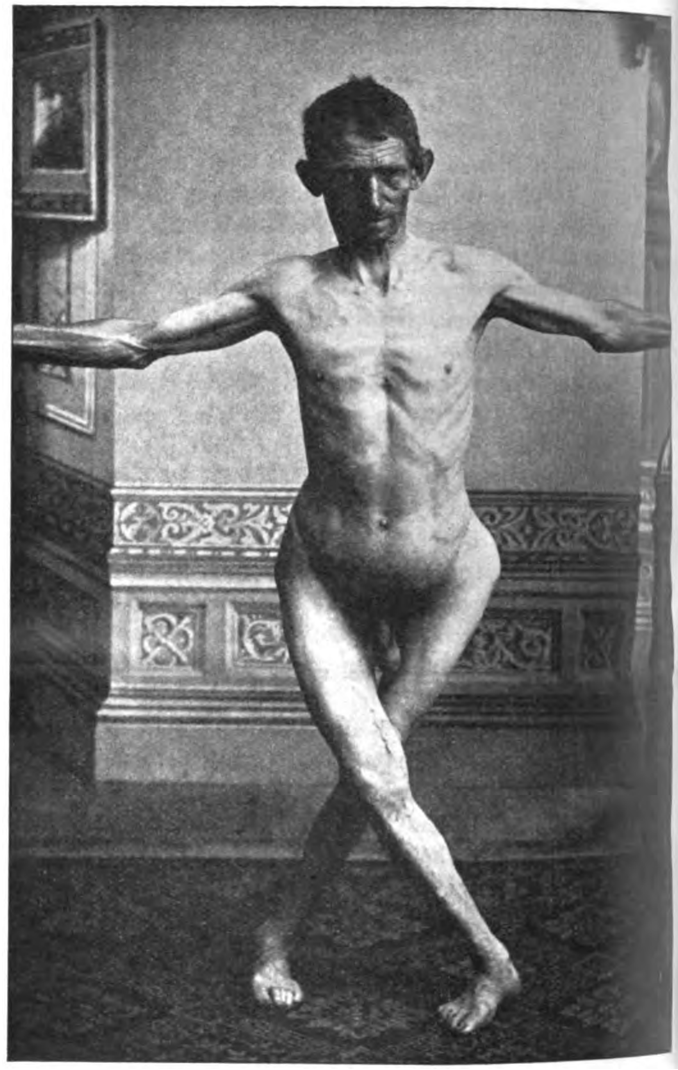
---

[1]) Monatsschr. für Unfallheilkunde 1894.
[2]) Monatsschr. für Unfallheilkunde 1896.
[3]) Monatsschr. für Unfallheilkunde 1899.
[4]) Wissenschaftl. Mittheilungen aus dem Breslauer Institut für Unfallverletzte 1896.

tauchenden Zweifel an der Thatsächlichkeit einer so weitgehenden funktionellen Anpassung benahm. Wenige Jahre später hatte ich selbst Gelegenheit, einen Fall mit irreponirt gebliebener Hüftluxation nach hinten mit vorzüglicher funktioneller Anpassung zu beobachten.

Ich mache zunächst die nöthigen Mittheilungen über meine Beobachtung. Ein 54jähriger Dienstknecht Amend, Kreis Erbach i. O., fiel im Alter von 24 Jahren vom Heuwagen auf die Scheuertenne, er soll mit den Füssen aufgefallen und dann auf die linke Seite gefallen sein. In einem Krankenhaus in D. habe man es eingerichtet, er habe sechs Wochen einen





Streckverband gehabt. Als er nach dieser Zeit entlassen wurde, habe er nur mit Stöcken gehen können, das Bein sei viel kürzer gewesen als das andere. Da sich Niemand um ihn bekümmerte und er vollständig mittellos war, sich aber geschämt habe, der Gemeinde zur Last zu fallen, habe er, so wehe es ihm auch that, schon gleich nach seiner Entlassung aus dem Spital zuerst mit einem Stock das Gehen angefangen; um ohne Stock gehen zu können, sei er auf die Idee gekommen, den grossen Unterschied in der Beinlänge dadurch wegzubringen, dass er das gesunde rechte Bein beim Gehen und Stehen über das verkürzte linke kreuzweise geschlagen; da er ohne Verdienst einfach verhungert wäre, habe er es über sich gebracht, das Bein fortwährend zu benützen trotz der Schmerzen und bald habe er in dieser Stellung eine solche Fertigkeit und Sicherheit sich zu verschaffen gewusst, dass er ausser einem Knirschen und Knacken in dem Gelenk nichts Besonderes mehr spürte. Anfangs habe er um die Hälfte schaffen müssen, da man ihm nicht geglaubt, dass er in dieser Stellung ordentlich arbeiten könne. Es habe noch kein Jahr nach dem Unfall gedauert, so habe er schon als Dienstknecht wieder den gleichen Lohn gehabt wie die Anderen auch.

Als ich den Mann gelegentlich einer auswärtigen Diensttour in meinem früheren Dienstbezirk im vorigen Jahre erstmals sah — er ging mit gekreuzten Beinen, die Heugabel über der Schulter tragend, gerade von der Feldarbeit nach Haus — erkundigte ich mich bei dem Bürgermeister des Ortes über diese eigenthümliche Gangart, die ich zuerst als Scherz oder Muthwillen aufgefasst habe; der Bürgermeister klärte mich über den Sachverhalt auf, der Mann habe schon ein Jahr nach dem vor etwa 30 Jahren stattgehabten Unfall wieder alle landwirthschaftlichen Arbeiten verrichten können, er habe ihn selbst 5 Jahre lang als Knecht beschäftigt und er könne sonach seine Arbeitsfähigkeit beurtheilen, er habe geackert, gemäht, gedroschen, kurz Alles gearbeitet, was er in der Landwirthschaft zu verrichten hatte.

Ich habe mir den Mann zur Untersuchung kommen lassen, da mich der Fall natürlich interessirte und als ich ihn wegen seiner ausgelegten Billetkosten frug, sagte er mir, er sei zu Fuss gekommen und gehe auch wieder zurück (im Ganzen 8 Wegstunden in bergigem, waldigem Terrain), er habe gedacht, das Geld könne er sich verdienen.

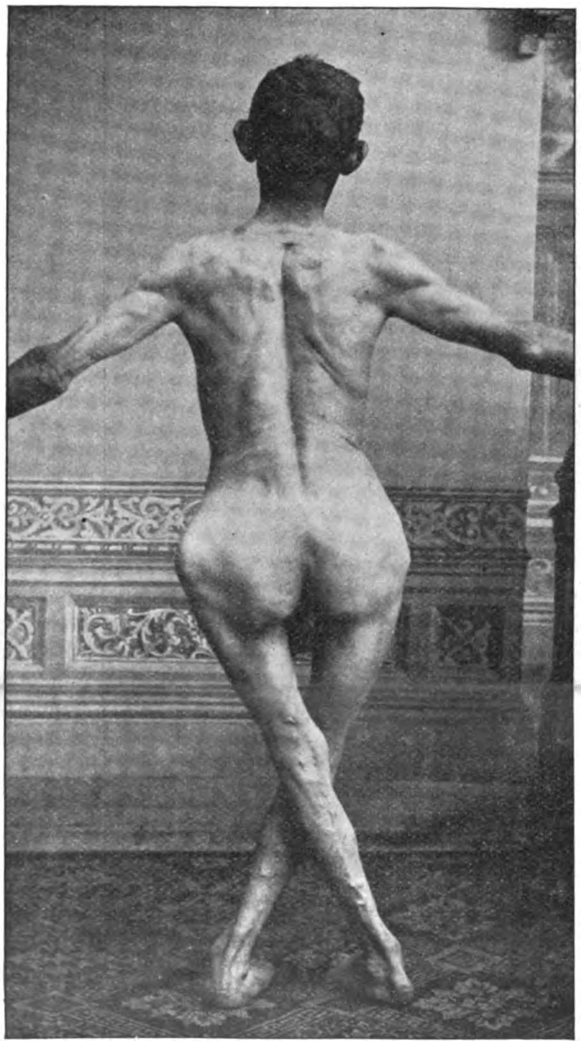
Befund. Die Untersuchung stellte Höherstand des Rollhügels von 5 cm fest, Minderumfang am Oberschenkel von 8 cm, an der Wade von 3 cm; der Schenkelkopf kann bei der

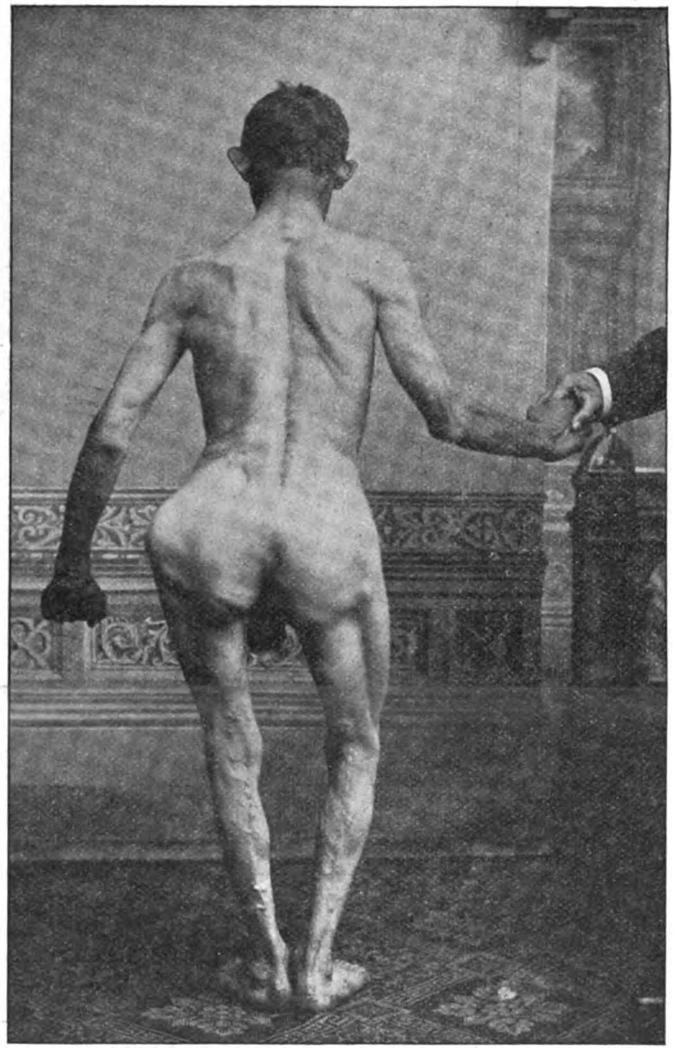
grossen Kalluswucherung nur undeutlich abgetastet werden, steht am Darmbein, Adduktion ist $^1/_3$ beeinträchtigt, Abduktion ganz aufgehoben, Rückwärtsführen des Beines etwa um die Hälfte beschränkt. Bei gestrecktem Knie wird das Bein in der Ruhelage bis 40° angehoben (75° auf der anderen Seite), bei gebeugtem Knie 85° (gegen 115°), die Beugefähigkeit ist sonach unverhältnissmässig gut. Der Mann vermag sich auch ganz bequem zu setzen.

Der Mann steht frei und sicher ohne Stock, indem er die perverse Stellung, die Adduktion, noch etwas steigert, das gesunde rechte Bein weit über das linke Knie

dass er, wie er angab, mit dem rechten Knie das linke vollständig durchdrücken könne, dadurch habe er mehr Halt in dem linken Bein.

In seiner kompensirenden Stellung mit gekreuzten Beinen gleicht er die schweren Deformitäten nicht nur funktionell vollwerthig aus, sondern auch, wie ein Blick auf die photographischen Aufnahmen zeigt, auch hinsichtlich ihrer äusseren anatomischen Gestaltung. Wie ausgiebig speziell der funktionelle Ausgleich ist, erkennt man am besten an den vollkommen symmetrischen und gleich starken Sohlenschwielen.





hinweg mit vollständiger Ausnutzung der Auftrittsfläche an der Sohle auf den Boden aufsetzt und in dieser Stellung ganz mühelos geht und steht. Durch die hochgradige, willkürlich noch verstärkte Adduktion des verletzten Beines einerseits, und die maximale Adduktion auf der gesunden Seite, so dass die Beine an den Knien kreuzweise übereinander liegen, gleicht er unter Beckensenkung die Verkürzung des linken Beines vollständig aus. In dieser originellen Stellung, die weit eher an die Tanzstellung einer Balleteuse als an die Arbeitsstellung eines Dienstknechtes erinnert, verrichtet er alle Arbeiten im Gehen und Stehen, er hat sich an diese Stellung so gewöhnt, dass er ausserhalb dieser Stellung die Geh- und Stehsicherheit verliert und, um die photographische Aufnahme auch in der zweiten Stellung mit parallel gestellten Beinen zu ermöglichen, musste er an der Hand gestützt werden, da er sonst nicht ruhig zu stehen vermochte.

Diese gekreuzte Stellung hat für ihn noch den Vortheil,

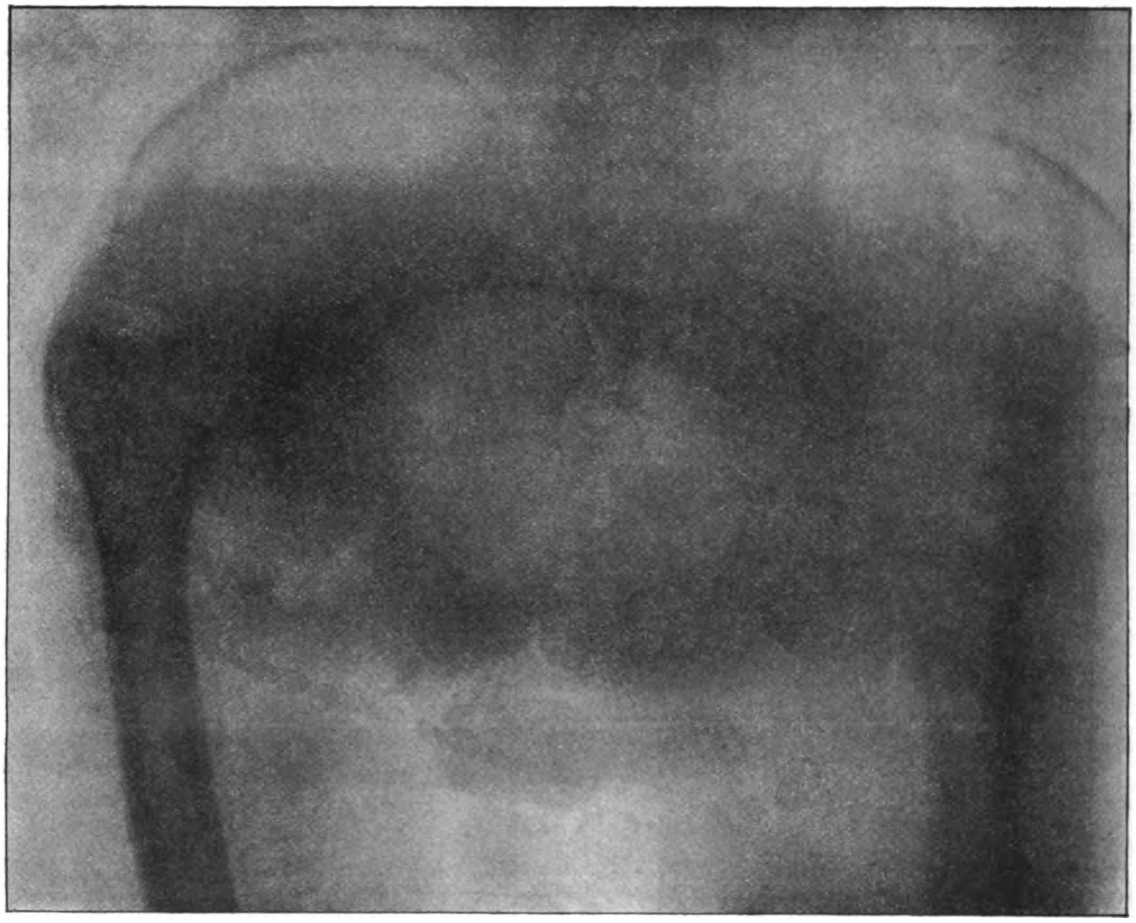
Auf den Röntgenbildern (Vorder- und Rückseite auf der Platte) — dieselben wurden in liebenswürdiger Bereitwilligkeit hergestellt von Dr. König, Arzt am Medikomechanischen Institut von Dr. Lossen-Darmstadt — klärt sich der Fall als eine mit Schenkelhalsbruch komplizirte Hüftluxation ohne Weiteres auf. Der Schenkelwinkel ist hochgradig verkleinert (95°), während normaler Weise der Schenkelhals von dem Femurschaft in einem stumpfen Winkel von etwa 135° abgeht. Die Gegend der Bruchlinien im Trochanterengebiet ist an den stark entwickelten kallösen Verdickungen jetzt noch deutlich zu erkennen.

Dass der Untersuchungsbefund in einem so lange schon bestehenden Fall (30 Jahre) bei den ausgebildeten sekundären, kompensirenden Stellungs-Veränderungen, in Folge der stetigen Belastung bei dem fortgesetzten Gebrauch nicht mehr demjenigen eines Schulfalles entspricht, ist von vornherein nicht zu erwarten.

Die sehr gute Stellung des Femurschaftes zum Oberkörper

ist im Wesentlichen Folge der gewissermassen als Korrektionsmittel wirkenden Schenkelhalsfraktur; was man als Operationsmethode bei veralteten Hüftluxationen zur Stellungskorrektur anwendet — Osteoklase — ist hier gleich bei dem Unfall besorgt worden; aus naheliegenden Gründen war die Luxation das zeitlich Vorhergehende, der Bruch ist erst bei dem Aufschlagen auf die luxirte Hüfte entstanden.

Durch die Beckensenkung und Lordose wird die Beugestellung der Hüfte korrigirt, die Innenrotation macht sich noch in geringem Grade in der Ruhelage bemerkbar.



An dem Standort des verrenkten Kopfes ist es zu einer Nearthrose gekommen, indem durch die ossificirenden Wucherungen des gereizten Periostes eine neue Pfanne entstand; bei dem Gebrauch des Beines schliffen und glätteten sich die betreffenden Bildungen immer mehr ab, Veränderungen, die v. Langenbeck ja zuerst genau beschrieben und die für die hier in Betracht kommenden Zwecke ja nur kurz zu berühren waren.

Im Uebrigen zeigt dieser Fall wieder, wie unrecht es ist, bei schon lange abgelaufenen Zuständen auf Minderumfänge der Muskeln grosses Gewicht zu legen. Die Leistungsfähigkeit der Oberschenkelmuskeln trotz ihres Minusumfanges von 8 cm ist bei dem Mann nicht zu bestreiten. Und wenn man sich die umfangreichen und schweren anatomischen Veränderungen vergegenwärtigt, die jetzt nach 30 Jahren noch bestehen, kann man sich ohne weiteren Kommentar ermessen, unter welch schwierigen Verhältnissen der Mann in der ersten Zeit nach dem Unfall gearbeitet hat und wie gross das Anpassungsvermögen ist, wenn der nöthige Wille und die Nothwendigkeit zur Anpassung gegeben ist.

Ich erinnere noch an den von Lauenstein (l. c.) mitgetheilten Fall, der einen Schiffsfeuermann betrifft, trotz Minderumfang an der höchsten Wölbung des linken biceps am Arm von 7 cm (und am Vorderarmwulst von 2) konstatirte Lauenstein: „2 rohe Kraft links nicht merklich schwächer als rechts." Der Mann hat bei gleichzeitig noch bestehender Ankylose des linken Ellenbogengelenkes Mk. 28 pro Woche verdient.

(Schluss folgt.)

Kindesmord oder zufälliger Erstickungstod des Kindes während der Ohnmacht der Mutter?

Gerichtsärztliches Gutachten

von

Dr. **Peter Defranceschi**-Rudolfswert

nebst Obergutachten der med. Fakultät in Graz.

(Schluss.)

Nachdem die Staatsanwaltschaft wichtige Bedenken gegen dieses Endgutachten erhoben hatte, wurde das Fakultätsgutachten eingeholt. Dieses lautet wie folgt:

I. Vorgeschichte.

Am 1. November 1899 erstattete der Gendarmerieposten in H. folgende Anzeige:

„Die 23jährige, ledige Magd K. B. begab sich am 30. Oktober um 1/23 Uhr nachmittags in einen eine halbe Stunde entfernten Wald, um dort Laub zu rechen, musste jedoch bereits nach zehn Minuten angeblich wegen heftiger Bauchschmerzen sich wieder entfernen und gebar auf dem Rückwege, einige hundert Schritt von jenem Orte abseits vom Fahrwege, ein männliches, uneheliches Kind. Sie legte das Kind in eine kleine Felsspalte, bedeckte es mit Moos und kam abends gegen 7 Uhr nicht zu ihrem Dienstherrn, sondern zu ihrer im selben Orte lebenden Stiefmutter zurück, woselbst sie übernachtete. Die von einigen Bekannten am nächsten Tage herbei

gerufene Hebamme, welche sie untersuchen wollte, wurde zurückgewiesen, doch liess sich K. B. von einer bekannten Frau dazu bewegen, sie an jene Stelle zu führen, wo die Kindesweglegung stattgefunden hatte. In der That wurde das todte Kind an der bezeichneten Stelle gefunden und nach Hause geschafft. An der Kindesleiche fanden sich keinerlei Spuren von Verletzungen oder Anzeichen eines Gewaltaktes.

Bei der ersten Einvernahme der K. B. gesteht dieselbe Alles zu; sie berichtet, dass sie ein halbes Jahr lang mit dem im gleichen Orte bediensteten Knecht E. M. in geschlechtlichem Verkehr gestanden sei, bis die Periode ausgeblieben war. Sie erkannte ihren Zustand bald, leugnete jedoch denselben ihren Bekannten gegenüber, so lange es ging, ab. An besagtem 30. Oktober verrichtete sie ihre gewöhnliche Arbeit, speiste noch zu Mittag mit den Anderen, wusch das Essgeschirr ab und ging, wie berichtet, in den Wald, um Laub zu rechen. Sehr bald stellte sich jedoch Bauchzwicken ein und als sie einen halben Korb voll Laub angestopft hatte, musste sie sich rasch entfernen. Die Schmerzen nahmen so zu, dass sie alle zehn Schritte stehen bleiben und sich niederhocken musste. Erst jetzt erkannte sie, dass es zum Gebären kam. Sie wich daher vom Wege ab und es stellten sich nun solche Schmerzen ein, dass sie nicht mehr von der Stelle konnte. Nach einigen solchen Anfällen verlor sie das Bewusstsein, und als sie aufwachte, lag sie flach mit dem Bauche auf dem Boden und zwischen ihren Beinen, in ihre Röcke eingewickelt, fand sie das bereits todte Kind. Nur mit grösster Mühe richtete sie sich auf, durchriss mit den Fingern die Nabelschnur und legte das Kind ohne weitere Bedeckung in die erwähnte Felsenspalte, welche sie mit Moos bedeckte; dann ging sie langsam nach Hause. Sie erzählte niemandem etwas von dem Vorfalle. Am nächsten Tage brachte sie es über sich, der in sie dringenden bekannten Frau den ganzen Vorfall mitzutheilen, was dazu führte, dass sie Beide das Kind abholten. Ueber die Art der Schmerzen und das Auftreten der Wehen näher befragt, giebt sie Folgendes an:

Beim Laubrechen hatte sie die Empfindung, dass es sich um Magenschmerzen handle, erst als die „Anfälle" rasch hintereinander und mit grösster Heftigkeit erfolgten, gedachte sie ihres Zustandes. Aus diesem Grunde wich sie von der Fahrstrasse ab. Sie erzählte ferner, dass sie sich bei diesen Anfällen niederhocken und mit den Händen stützen musste. Sie fühlte noch, dass das Kind aus ihr herausgefallen war und konnte auch angeben, dass sie dasselbe nicht schreien hörte; in diesem Momente jedoch befiel sie eine Ohnmacht, der zu Folge sie rücklings auf die Erde fiel. Als sie erwachte, lag — wie erwähnt — das Kind zwischen ihren Beinen auf dem Unterrocke und da sich dasselbe nicht rührte, hielt sie es für todt. Auf dem Heimwege überkam sie nach einigen Schritten wieder ein solcher Anfall und ging in demselben die Nachgeburt ab. Zu Hause angelangt, traf sie niemanden als ihre 13jährige Schwester, der gegenüber sie eine Mittheilung nicht zu machen wagte.

Gerichtsärztliches Gutachten über die Kindesleiche.

(Dieses ist bereits anfangs dieses Artikels vollinhaltlich wiedergegeben worden, weshalb an dieser Stelle nur dorthin verwiesen wird.)

Die auf Grund staatsanwaltschaftlichen Antrages bezüglich dieses Gutachtens einvernommenen Sachverständigen am Sitze des Gerichtshofes beanstanden zunächst in demselben das Fehlen von genaueren Angaben, welche die Reife des Kindes sicher stellen liessen, versprechen sich kein Ergebniss von der Exhumirung des Kindes, erschliessen jedoch die Reife des Kindes aus einer Verletzung am Damme der Mutter (Riss des Schamlippenbändchens); dass das Kind gelebt habe, beweise das positive Ergebniss der Lungenprobe. Als Todesursache wird auch von ihnen Erstickung angenommen, was aus dem Vorhandensein von Blutaustritten im Rachen und im Kehlkopfe zu entnehmen ist.

(Hierauf folgt die Wiedergabe der staatsanwaltschaftlichen Anfragen, die bereits angeführt erscheinen sammt dem Endgutachten.)

Gelegentlich der Einvernahme des Dienstgebers schildert dieser die Beschuldigte als fleissig, folgsam und zuverlässig. In Bezug auf seine Kenntniss vom besprochenen Ereignisse stimmen seine Angaben mit denen der Beschuldigten überein. Er giebt an, dass ihm von der Schwangerschaft der K. B. nichts bekannt gewesen sei und dass man ihr auch nichts angekannt hätte. Noch muss hervorgehoben werden, dass sie der Dienstgeber an besagtem Tage nicht zum Laubrechen beordert hatte.

Eine befreundete Nachbarin der Angeklagten, welche mit der Beschuldigten am Tage nach der Geburt das Kind aus dem Walde holte, erzählt bei ihrer Einvernahme, dass es schwer wurde, die K. B zu einem Geständnisse zu bringen. Nachdem sie sich aber einmal entschlossen hatte, war sie auch gleich bereit, ihr die Stelle, wo die Entbindung stattgefunden hatte, zu zeigen resp. das Kind abzuholen. Aus dieser Aussage ergiebt sich zunächst, dass das Kind unter einem kleinen Felsen untergebracht war, wo es so lag, dass nur der Körper vom Felsen bedeckt war, ohne gedrückt zu werden. Der Körper des Kindes lag ganz blos, nur am Kopfe befand sich etwas Moos; er lag auf der rechten Seite und hatte den Kopf knapp am Steine, der mit Moos bewachsen war; der Körper war so weit frei, dass das Kind leicht hätte athmen können, wenn es lebend unter jenen Felsen gebracht worden wäre. Es muss demnach entweder schon todt hineingelegt worden sein oder es war durch die Kälte im Freien zu Grunde gegangen. Ferner ist in dieser Aussage von Wichtigkeit, dass es der K. B. möglich gewesen wäre, Hilfe für den Geburtsakt zu requiriren, indem überall Leute ganz in der Nähe mit Laubrechen beschäftigt waren. Nach Ueberzeugung der Frau, die mit der K. B. das Kind abgeholt hatte, wäre es der sehr kräftigen K. B. möglich gewesen, das Kind sofort nach der Geburt mit nach Hause zu nehmen; nur die Absicht, die Sache zu verheimlichen, habe dieselbe davon abgehalten. Die Frage, ob das Kind gelebt habe, beantwortete die Beschuldigte dieser Frau gegenüber mit „nein".

Ueber Antrag der Staatsanwaltschaft wurde am Sitze des Gerichtshofes von den Gerichtsärzten eine genaue Untersuchung der in Haft befindlichen Wöchnerin vorgenommen.

Beschuldigte ist 22 Jahre alt, zeigt schwächlichen, gracilen Körperbau, anämisches Aussehen, ist mittelgross, blatternarbig. Sie giebt an, dass sie zum letzten Mal in der 2. Woche der Fastenzeit menstruirt habe. Gegenwärtig ist Nächststehendes an derselben zu konstatiren: Die Brüste rundlich, ziemlich gross und schlaff, Warzenhöfe dunkel, pigmentirt, beim Druck entleert sich milchig-wässerige Flüssigkeit.

Der Unterleib nicht ausgedehnt, Bauchdecken schlaff, mit Schwangerschaftsnarben versehen, die weisse Bauchlinie dunkel pigmentirt. Die Schamspalte ist klaffend, aus derselben sickert eine röthliche Flüssigkeit (Wochenfluss). Beim Auseinanderziehen der Schamlippen bemerkt man an der hinteren Fläche des Scheideneinganges einen 2 cm langen, 1 cm tiefen Riss in der Scheidenschleimhaut, welcher noch ziemlich frisch erhalten ist und sich bis zum Damme erstreckt. Die Scheide ist weit, schlaff, feucht, leicht gerunzelt. Der Scheidentheil der Gebärmutter von konischer Form, äusserer Muttermund klaffend, für den Zeigefinger durchgängig, nach links eingerissen. Bei der bimanuellen Untersuchung fühlt man ganz deutlich die Gebärmutter in der Beckenhöhle, doppeltmannesfaustgross, leicht beweglich, von rundlicher Form und glatter Oberfläche.

Die vorgenommene Beckenmessung ergiebt folgende Masse:

1. Entfernung zwischen beiden vorderen oberen Darmbeinstacheln 24 cm.
2. Entfernung zwischen beiden Darmbeinkämmen 27 cm.
3. Entfernung zwischen beiden Trochanteren 30 cm.
4. Aeussere Konjugata vom Dornfortsatze des letzten Lendenwirbels zum vorderen Punkte der Schamfuge 17 cm.
5. Diagonalkonjugata 10 cm.

Gutachten.

Die Untersuchte hat vor einigen Tagen bestimmt geboren und befindet sich jetzt die Gebärmutter im Zustande der Rückbildung. Das Allgemeinbefinden ist ziemlich schlecht, da die Person sehr schwach und blutarm ist, deswegen ist sie derzeit sehr schwer zu transportiren, was übrigens ärztlicherseits nicht empfohlen werden könnte.

Aus den Beckenmassen geht hervor, dass das Becken im Allgemeinen sehr gracil ist; es sind nämlich sämmtliche Beckenmasse durchschnittlich um 2 cm geringer als gewöhnlich. Nachdem aus dem Sektionsbefunde zu entnehmen ist, dass das Kind vollkommen

ausgetragen war; ferner der obduzirende Arzt angiebt, dass der gerade Kopfdurchmesser des kindlichen Schädels ungefähr 10 cm betragen habe, endlich, da an der hinteren Scheidenwand ein 2 cm langer Riss konstatirt wurde, so können wir aus den angeführten Momenten auf eine schwere Geburt schliessen.

Die Frage, ob die Beschuldigte nach der Geburt ohnmächtig wurde, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten. Dies könnte nur dann der Fall sein, wenn irgend welche Zeugen den Eintritt und die Dauer der Ohnmacht bestätigen könnten. Die Sachverständigen können sich nur über die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Ohnmacht während der Geburt äussern. Es kommt vor, dass zur Zeit des Durchschneidens des Kopfes, d. i. das Austreten des letzteren mit dem grössten Umfange durch den Scheidenausgang, die Gebärende von einer Ohnmacht befallen wird, und zwar desto eher, je schwerer die Geburt und je grösser der Blutverlust war. Erwägen wir in unserem Falle den konstatirten allgemeinen Schwächezustand, dann die Stellung, in welcher sie geboren haben soll, endlich die moralische Depression, dann den Umstand, dass die Beschuldigte eine Erstgebärende war, so können wir die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit, einer unmittelbar nach der Geburt aufgetretenen Ohnmacht nicht in Abrede stellen. Es ist die Möglichkeit vorhanden, dass das Kind nach der Geburt auf das Gesicht zu liegen kam, in welcher Lage es ohne jedes Zuthun der Mutter ersticken musste, da keine entsprechende Hilfe vorhanden gewesen ist.

Die Einvernahme der Stiefmutter der Angeklagten ergiebt, dass die Beschuldigte am betreffenden Tage ca. 7 Uhr Abends nach Hause gekommen war. Sie traf die Letztere am Ofen mit dem Gesicht gegen die Wand gekehrt und auf dem Bauche liegend. Verschiedene Anfragen wurden von ihr nicht beantwortet. Mehrere Nachbarinnen waren erschienen, da das Gerücht sich im Orte verbreitet hatte, dass die Beschuldigte entbunden habe und redeten ihr zu; doch sie rührte sich nicht, noch gab sie eine Antwort. Die Nacht verlief ohne Störung, und am nächsten Morgen um 7 Uhr war sie bereits wach. Auch zu dieser Zeit sprach sie mit niemandem, bis die schon in der Voruntersuchung erwähnte Frau und mit ihr die Gemeindehebamme erschien.

Der, über Antrag der Staatsanwaltschaft und in Gegenwart der Beschuldigten am 22. November aufgenommene, Lokalaugenschein ergiebt eine Reihe von nicht unwichtigen Thatsachen für die Erörterung. Die Angeklagte führte die Kommission auf denselben Wegen, auf welchen sie am 30. Oktober gegangen war. Diese sind durchwegs steinig und steil, die Steigung an einzelnen Stellen beträg 50°. Bis zu dem Orte, wo sie das Laub zu rechen begann, brauchte die Kommission, obgleich sie rasch ging, $^3/_4$ Std.; der bewaldete Abhang daselbst ist sehr steil. Auf dem Rückwege wurden die Schritte gezählt, und es bezeichnete die Beschuldigte jene Stellen, an denen sie Wehen bekam, welche sie zwangen, niederzuhocken.

Schon auf dem Platze, wo sie zu rechen begonnen hatte, war sie dreimal von Wehen befallen worden. Erst dann begab sie sich auf den Heimweg. Die weiteren Wehen traten in einer Entfernung von 110 Schritten von jenem Orte auf. Es folgten nun weitere Wehenanfälle in den Distanzen von 49, 39, 64, 30, 80, 68, 43, 65, 45, 60, 71 Schritten. Nach dieser Zeit lenkte sie vom Wege über eine Weide gegen einen kleinen Wald ab und bekam nun neuerlich Wehenanfälle in Unterbrechungen und Distanzen von 33, 27, 71, 46, 41, 49, 38, 34, 18, 41, 34, 41, 19, 13, 19, 8 Schritten. Unter diesen Wehen gelangte sie in das besprochene Wäldchen, wo sie nicht mehr weiter konnte und auch gebar. Noch sichtbare Blutspuren bestätigten diese Angabe. 7 Schritte von dem Orte entfernt, zeigte sie den Felsen, unter den sie das Kind gelegt hatte.

Die Höhlung daselbst scheint durchaus geeignet, etwas zu verstecken. Der Ort der Geburt ist ein kleiner, wenig begangener Fusssteig. Zu beiden Seiten des Steiges finden sich auch Felsen. Nach der ganzen Beschaffenheit des Ortes und nach den Blutspuren zu urtheilen, drückte die Beschuldigte im Momente der Geburt, als sie, wie sie behauptet, in Ohnmacht fiel, gerade mit ihrem Bauche an eine höhere Stelle. Sie sagte nämlich, dass sie damals, als sie die letzten Wehen vor der Entbindung bekam, auf dem Boden sich so niederhockte, dass sie mit beiden Füssen noch zwischen den Felsen war, aber auf die erhöhte Stelle zu knien kam. Als sie nach der Ohnmacht wieder zur Besinnung kam, lag sie angeblich mit dem Bauche auf der erhöhten Stelle. Beim Erheben und Emporheben des Kleides blickte sie unter sich und sah, dass auf ihrem Rocke, mit dem Gesicht nach unten, ein Kind lag. Sie zerriss zunächst die Nabelschnur mit ihren Händen, fasste das Kind, bemerkte jedoch sofort, dass es todt war. In Folge ihrer Verwirrung, ihrer Schwäche und da das Kind auch todt war, legte sie es in eine Felsspalte.

Auch auf ihrem Rückwege führte sie die Gerichtskommission. Die Stelle, wo von ihr die Nachgeburt abgegangen war, ist 254 Schritte entfernt.

Hier erreicht man wieder die Fahrstrasse. Der Weg bis dahin ist etwas steil, später wird er noch steiler. Die Beschuldigte ging eine Zeit lang auf der Fahrstrasse (200 Schritte), wandte sich jedoch wieder zur steinigen Weide ab. Sie ermüdete öfters und musste wiederholt rasten.

Bis zum Fusse des Berges wurden 850 Schritte gezählt. Von da an bis nach Hause beträgt die Entfernung 1544 Schritte. Da die betreffenden kommissionirenden Gerichtszeugen sich vielfach damit aufhalten mussten, die Beschuldigte an einzelnen Stellen nach einer Menge von Details auszufragen, war die Bestimmung des Zeitmasses für einige Stellen unausführbar.

II. Gutachten.

Da von Seite der Gerichtsbehörde in Betreff des zu begutachtenden Falles keine bestimmte Fragestellung vorliegt, musste versucht werden, an der Hand des Aktenmaterials jene Fragen, welche für die forensische Beurtheilung als wesentlich erschienen, selbständig zu formuliren.

Es muss jedoch gleich vorweg bemerkt werden, dass manche der sich von selbst ergebenden Fragen wesentlich präziser zu beantworten wären, wenn nicht der Obduktionsbefund des Kindes, der in erster Linie die Grundlage für die Entscheidungen abgeben muss, so dürftig ausgefallen wäre, ja, in mancher Hinsicht Mängel aufzuweisen hat.

Es fehlen in demselben, wie dies bereits von staatsanwaltlicher und gerichtsärztlicher Seite mit Recht beanstandet wurde, alle exakten Angaben bezüglich der Reife des Kindes (Länge, Gewicht, Schädelmasse, Beschaffenheit des Fettpolsters, der Wollhaare, der Kopfhaare, der Nägel, der Knorpel und vor Allem Angaben über die Knochenkerne). Es lassen sich daher etwaige Zweifel über die thatsächliche Reife des Kindes nicht vollkommen unterdrücken, welche noch durch den Umstand, dass die angebliche Schwangerschaftsdauer auf Grund der Berechnung nach der letzten Periode nicht dafür sprechen würde, dass es sich um ein vollkommen ausgereiftes Kind gehandelt habe, bestärkt werden. Der Rückschluss aus dem Vorhandensein eines Scheiden-Darmrisses bei einer Wöchnerin auf die Reife des Kindes, wie er von den Gerichtsärzten gezogen wurde, dürfte sich bei Berücksichtigung des abnormen Umstandes, unter welchem die Geburt erfolgte (aussergewöhnliche Körperstellung, besonders rascher Verlauf der Austreibungsperiode), nicht so sicher verwerthen lassen. Auch würde ferner der Umstand, dass das Kind nicht seine volle Reife erreicht hatte, jenen Widerspruch, der sich aus den Angaben der Gerichtsärzte über die Beckenmasse ergiebt, nämlich abnorm rascher Geburtsverlauf bei engem Becken, leichter beseitigen lassen.

Auch die forensisch wichtige Frage, ob das Kind nach der Geburt geathmet habe, resp. ob es lebend geboren wurde, ist durch die Angaben im Obduktionsbefunde nicht mit so apodiktischer Sicherheit zu beantworten, als dies von vornherein angenommen werden könnte.

Die positiven Ergebnisse der Lungenschwimmprobe müssen mit Vorsicht hingenommen werden, wenn man erwägt, dass die Autopsie des Kindes erst am 3. Tage nach der Geburt, resp. nach dem eingetretenen Tode zur Ausführung gelangte, dass ferner das Kind durch Erstickung zu Grunde gegangen

war und unter Berücksichtigung des Umstandes, dass im vergangenen Herbste eine sehr warme Witterung vorherrschte, könnte ein Einwand, dass hierbei Fäulnisserscheinungen auch eine Rolle gespielt, nicht so ohne Weiteres zurückgewiesen werden. Das Ergebniss dieser Probe wurde aber auch von den Obduzenten nicht als positiv angesehen, indem bemerkt wird, dass einige Lungenstückchen zu Boden gesunken sind. Diese Beobachtung beweist im Zusammenhange mit den wenigen Veränderungen, welche über die Beschaffenheit der Lunge selbst berichtet werden (Zusammengesunkensein, leberartige Beschaffenheit, dunkelbraunrothe Farbe), dass ein Theil der Lungen thatsächlich luftleer angetroffen wurde; zu einer vollen Entfaltung der Lunge war es also zweifellos nicht gekommen. Es muss ferner betont werden, dass in nur einigermassen zweifelhaften Fällen der Lungenschwimmprobe vorzüglich die Magen- und Darmprobe angeschlossen werden soll, deren Ergebniss im vorliegenden Falle gleichfalls vermisst wird. Es fehlen Angaben über den Zwerchfellstand, über die Menge und Beschaffenheit des aus dem Durchschnitte der Lungen hervorquellenden Blutes, über den Inhalt der Luftröhre, endlich über die Beschaffenheit der Lungenoberfläche selbst.

Wenn man nun trotzdem geneigt wäre, anzunehmen, die Obduzenten hätten sich bei der Vornahme der Lungenschwimmprobe streng an die eingehenden in Oesterreich geltenden Vorschriften für die Todtenbeschau gehalten und das Ergebniss sei damit als verwerthbar anzusehen, so kann man sich auf Grund der eben erörterten Momente mit grosser Wahrscheinlichkeit dahin aussprechen, dass das Kind nur ganz kurze Zeit ausserhalb des Mutterleibes gelebt haben dürfte.

Zustimmend kann man sich verhalten gegenüber der im Gutachten zum Ausdrucke gebrachten Anschauung, dass als Todesursache des Kindes Erstickung angesehen werden müsse. Der vollkommene Mangel anderer Veränderungen, das Vorhandensein von Ecchymosen (kleinen Blutaustritten) an den typischen Stellen, die dunkle, flüssige Beschaffenheit des Blutes, die Blutfülle der inneren Organe sind Momente, welche eine solche Anschauung hinlänglich begründen lassen.

Damit wäre die Annahme, dass das lebend geborne Kind in Folge von Mangel an Pflege oder durch die Kälte wie ein ausgesetztes zu Grunde gegangen sei, auszuschliessen.

Der Nachweis einer Kopfgeschwulst erscheint insofern werthvoll, als durch die Lage derselben erwiesen ist, dass das Kind in der für den Durchtritt günstigen Lage (Hinterhauptslage) geboren wurde und damit besondere Schwierigkeiten und Hindernisse, welche durch einzelne Kindeslagen regelmässig gegeben sind, und welche ausserdem Asphyxie des Kindes während der Geburt zu bewirken im Stande sind, als sicher ausgeschlossen zu betrachten sind. Auch von einer Umschlingung der Nabelschnur that die Beschuldigte keine Erwähnung.

Das Fehlen jener Merkmale, die sich bei den verschiedenen Arten des Kindesmordes vorzufinden pflegen, als: äussere Zeichen der Gewalteinwirkung, Sugillationen, Strangulationsmarken, Oberflächenblutungen, Fissuren der Schädelknochen, Verletzungen der Mund- und Rachenhöhle u. s. w. lässt keine Argumente feststellen, durch die es sich erweisen liesse, dass dem kindlichen Leben auf gewaltsame Weise ein Ende bereitet worden wäre.

Es ergaben sich jedoch naturgemäss für den zu begutachtenden Fall weiters folgende Fragen:

1. Kann auf Grund ärztlicher Erfahrung zugegeben werden, dass gelegentlich des Geburtsaktes ein Zustand von Bewusstlosigkeit, Ohnmacht oder Schwäche bei einer Gebärenden eintreten kann, welche dieselbe einerseits der Zurechnungsfähigkeit, andererseits der physischen Kraft beraubt, das Kind in richtiger Art zu empfangen und zu versorgen?

2. Kann auf Grund ärztlicher Erfahrung angenommen werden, dass der Verlauf der Geburt ein solcher war, dass die Beschuldigte weder Zeit noch Gelegenheit fand, die für den Geburtsakt und für die Pflege des frischgeborenen Kindes nothwendigen Vorbereitungen zu treffen.

ad. 1. Es gilt für Gerichtsärzte als eine feststehende Thatsache, dass es in verhältnissmässig seltenen Geburtsfällen während des Durchschneidens des Kopfes zu einer schweren Ohnmacht der Gebärenden kommen kann, welcher Zustand es erklärlich macht, dass Letztere einerseits jeder Erinnerung an das Vorgefallene beraubt, andererseits, dass das Kind nicht rasch genug aus einer sein Leben bedrohenden Situation befreit wird. Aber auch schon ein höherer Grad von Erschöpfung kann nach allgemein übereinstimmender Annahme genügen, um Gebärende unfähig zu machen, dem Kinde die sofort nothwendige Hilfe angedeihen zu lassen. Ein solcher Zustand kann um so eher eintreten, wenn es sich um eine Erstgebärende handelt, die mit den Geburtsvorgängen nicht vertraut ist, und sich an einem einsamen Orte, von jeder Hilfe entfernt, befindet. Ausserdem muss die Gemüthsverfassung (grosse Aufregung, Furcht vor Entdeckung) berücksichtigt werden. Letztere gerade vermag in Verbindung mit ganz ausserordentlichen Wehenschmerzen die Betreffende jeder Ueberlegung zu berauben.

Da in dem zu begutachtenden Falle die eben erörterten Zustände zutreffen, kann die Angabe der Beschuldigten, sie sei zum Schlusse der Geburt von einer Ohnmacht befallen worden, nicht als etwas Unmögliches, ja nicht einmal als etwas Unwahrscheinliches zurückgewiesen werden. Selbst eine kurze Andauer des bewusstlosen Zustandes kann genügt haben, um das ungünstig unter den Röcken der Gebärenden gelagerte Kind, von dem ausserdem noch angegeben wird, dass es mit dem Gesicht gegen die Erde gekehrt war, durch Behinderung der Zufuhr von atmosphärischer Luft umkommen zu lassen. Die Argumentation, dass eine Person, welche unter so ungünstigen Verhältnissen geboren hat, nach einer Ohnmachtsanwandlung den weiten stolperigen steilen Weg nach Hause zurücklegen kann, im Stande sei, ist nicht stichhaltig, da die Erfahrung lehrt, dass Individuen nach Ohnmachtsanfällen, ja selbst nach länger dauernder Chloroformnarkose sich verhältnissmässig rasch erholen, und wenn nicht andere Momente, schwere Erkrankungen oder extreme Schwächung durch Blutverlust und ähnliche Dinge vorliegen, ihren Heimweg anzutreten im Stande sind. Bei Rücksichtnahme auf die Abhärtung der Landbevölkerung, ferner des hohen Grades von Willensenergie, den eine Person aufbietet, nur um nicht entdeckt zu werden, kann zugegeben werden, dass die Aussagen der Angeklagten auf Wahrheit beruhen. Ob die Beschuldigte jedoch das Kind absichtlich in einer solchen Lage beliess, damit es ersticke, dafür lässt sich ärztlicherseits kein Beweis erbringen.

Die sorgfältigen Erhebungen, die durch Aufnahme des Lokalaugenscheines genauere Orientirung über die Situation bei der Geburt zulassen, schliessen eine Sturzgeburt oder Verblutung aus der Nabelschnur aus.

ad 2. Bei Beantwortung der zweiten Frage muss von der seitens der Gerichtsärzte allgemein acceptirten Anschauung Ausgang genommen werden, dass man nicht berechtigt sei, von einer Erstgebärenden zu verlangen, sie müsse wissen, wann und wie Wehen beginnen, wie eine Geburt überhaupt verlaufe, was Presswehen zu bedeuten haben, in welcher Weise das Kind zu empfangen sei, welcher Pflege es bedarf. Aus Erfahrung weiss jeder praktische Arzt zu berichten, dass Erst-

gebärende, selbst, wenn sie den bessern Ständen angehören und keinen Grund zur Verheimlichung ihrer Schwangerschaft haben, über den Termin der bevorstehenden Geburt oft nicht orientirt sind. Daher pflegen sie das Eintreten der Wehen meist falsch zu deuten, indem sie glauben, es handle sich hierbei um Stuhldrang.

Umsomehr kann in dem zu begutachtenden Falle zugegeben werden, dass die Betreffende, die es gewiss ängstlich vermieden hat, sich bei erfahrenen Frauen Rath zu holen, beim Eintritte der Wehen die Situation nicht erkannt habe. Ihre Angaben über den Geburtsverlauf, welche gelegentlich der Aufnahme des Lokalaugenscheines genau registrirt wurden, machen einen durchwegs glaubwürdigen Eindruck. Auch bei Erstgebärenden vermag unter Umständen der Geburtsverlauf ein so rascher zu werden, wie in dem gegebenen Falle. Die Umstände, dass die Betreffende sich in Bewegung befand, ferner der, dass sich ihrer ausserdem, nachdem sie an der Zunahme und Art ihrer Schmerzen deren Zustand erkannt hatte, eine verzweiflungsvolle Stimmung bemächtigte, — sind solcher Art, dass sie die Intensität der Wehen auf das Aeusserste steigern und damit die Geburtsdauer wesentlich verkürzen konnten.

Jedenfalls schliesst jedoch diese kurze Geburtsdauer das Vorhandensein abnormer Widerstände der insbesonderen Missverhältnisse zwischen den Dimensionen des Beckens und der auszutreibenden Frucht mit Sicherheit aus. Es muss dies besonders hervorgehoben werden, da von Seite der Gerichtsärzte durch Messung eine Verengung des Beckens konstatirt worden war und die Feststellung der Beckenenge für die Anschauung Verwerthung fand, als handelte es sich um einen schweren Geburtsverlauf und sei damit eine im Anschlusse an denselben einsetzende Ohnmacht leichter zu begründen. Da jedoch die Angaben über die Dimensionen des kindlichen Schädels fehlen, so kann auch angenommen werden, dass letztere etwas kleiner als die normalen gewesen sei. Etwas ganz Bestimmtes lässt sich in dieser Hinsicht nicht aussagen.

Unter Berücksichtigung des zurückgelegten Weges, der Zahl der gemachten Schritte, der Zahl der Wehenanfälle (circa 50) dürfte der ganze Geburtsvorgang mit ausgesprochenen Wehen etwas über $2^1/_2$ Stunden gedauert haben, so dass der Austritt des Kindes circa um 5 erfolgt sein mag.

Es bleiben dann noch mehr als $1^1/_2$ Stunden Zeit für den anstrengenden Weg, der allerdings fort bergab führt, der jedoch wiederholt durch Rast, durch das Abgehen der Nachgeburt u. s. w. unterbrochen worden war.

Der Fahrlässigkeit wegen nicht rechtzeitigem Aufsuchen der Hilfe kann die Beschuldigte nicht gut geziehen werden. Dies könnte nur dann geschehen, wenn es gelänge, ihr nachzuweisen:

a) dass sie schon zur Zeit, als sie das Haus im Dorfe mittags verliess ($^1/_2$2 n.), um den Anderen in den Wald zu folgen, über ihren Zustand vollkommen orientirt gewesen sei, d. h., dass sie schon zu Hause ausgesprochene Wehen gefühlt und über deren Bedeutung Klarheit gewonnen habe;

b) dass sie, als sie die Laubrechenden im Walde verliess, zu einer Zeit also, zu der sie selbst angiebt, eigenthümliche Schmerzen im Unterleib gefühlt zu haben, klar darüber gewesen sei, welche Bedeutung diese Schmerzen haben.

Sie dessen zu überweisen, dürfte schwer fallen. Niemand hat sie zu Hause Vormittags klagen gehört. Sie verrichtete ihre schwere Tagesarbeit wie gewöhnlich und war noch mit den Anderen beim Mittagstische. Vorbereitende Wehen, Kreuzschmerzen, etwas Drängen nach abwärts, lassen sich allerdings verbergen, ausgesprochene Wehen nicht.

Unter Zusammenfassung des bereits Gesagten kann Folgendes über den zu begutachtenden Fall gesagt werden:

1. Die Lebensfähigkeit der Frucht darf wohl als sicher angenommen werden. Die Reife derselben ist jedoch nicht mit genügender Exaktheit erwiesen.

2. Die Lebendgeburt des Kindes kann auf Grund des positiven Ergebnisses der Lungenschwimmprobe zugegeben werden, doch lassen Mängel in dem Obduktionsbefunde leider jene Sicherheit vermissen, die für den vorliegenden Fall wünschenswerth wäre.

3. Wie lange das Kind nach der Geburt gelebt hat, lässt sich überhaupt nicht feststellen, noch auch nur — für den gegebenen Fall — vermuthen.

4. Merkmale, aus denen Rückschlüsse auf ein gewaltsames Ende gezogen werden könnten, sind nicht vorhanden.

5. Der Obduktionsbefund des Kindes lässt nur die Annahme zu, dass das Kind an Erstickung zu Grunde gegangen sei.

6. Die Möglichkeit des Eintrittes einer Ohnmacht oder einer abnormen Schwäche, welche die Entbindende jeder Fähigkeit beraubte, sich des Neugeborenen sofort anzunehmen, nach einer schweren Geburt, muss zugegeben werden.

7. Damit muss auch mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass das Kind sofort nach der Geburt in eine so ungünstige Situation gebracht worden sei, dass ein Respirationshinderniss gegeben war, welches in Folge der Ohnmacht der Mutter nicht rechtzeitig beseitigt werden konnte.

8. Das Gegentheil, nämlich dass das Respirationshinderniss absichtlich von der Mutter begünstigt worden wäre, lässt sich nicht beweisen.

9. Auch eine ganz kurze, rasch vorübergehende Dauer des bewusstlosen Zustandes genügt unter entsprechenden Vorbedingungen der Athmungsbehinderung, den raschen Tod durch Erstickung herbeizuführen.

10. Das Eintreten einer so kurz dauernden Ohnmacht schliesst nicht aus, dass die Betreffende unter den ungünstigen Verhältnissen den Heimweg anzutreten im Stande war.

11. Der Fahrlässigkeit wegen nicht rechtzeitigen Aufsuchens entsprechender Hilfe und Vornahme entsprechender Vorbereitungen kann die Beschuldigte nicht geziehen werden, da für Erstgebärende eine bestimmte Orientirung über den Eintritt der Geburt und die Kenntniss der Bedeutung der ersten Wehen nicht zugegeben werden kann, andererseits es ihr nicht nachzuweisen ist, dass sie schon früher Wehen gehabt und bei ihr schon früher Klarheit über ihren Zustand bestanden habe.

12. Die Annahme, dass die Beschuldigte das Kind am Orte der Entbindung zurückgelassen und damit äusseren schädlichen Einflüssen ausgesetzt habe, so dass das Kind durch Kälte umgekommen sei, hat bei Berücksichtigung des Obduktionsbefundes kaum eine Berechtigung.

Auf Grund dieses Fakultätsgutachtens wurde das gerichtliche Verfahren gegen K. B. wegen Kindesmordes eingestellt.

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von Ausstossung der Oesophagusschleimhaut nach Verbrennung mit Aetzlauge.

Von Dr. Zembrzuski.

(Gazeta lekarska, 1901, No. 13.)

Es handelt sich um ein 18jähriges Mädchen, das in selbstmörderischer Absicht einen Schluck Aetzlauge zu sich genommen hat. Die Beschwerden bestanden in den ersten vier Tagen nach dem Vorfall in heftigem Erbrechen, so dass die Kranke auch nicht die geringste Nahrung, selbst keine flüssige, zu behalten vermochte. Magenschmerzen waren nicht vor-

handen. Am 4. Tage nach der Vergiftung soll beim Erbrechen zugleich mit den erbrochenen Massen sich ein „darmähnliches" Gebilde ausgestossen haben, worauf die Patientin die Fähigkeit, flüssige Nahrung zu schlucken und zu behalten, wieder erlangt haben will. Bei der am 3. Tage nach der Vergiftung erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus zeigte die Patientin das „darmähnliche" Gebilde vor. Letzteres erwies sich als ein schmutzig-graues, 18 cm langes, 12,9 cm an der breitesten Stelle und 4 cm an der schmalsten Stelle breites Rohr. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Wandungen des Rohres aus einer Schleimhaut bestanden, die des Epithels, stellenweise auch des submukösen Gewebes beraubt war und mancherorts Inselchen der Muskelschicht der Schleimhaut aufwies. Am 5. Tage nach Abgang des erwähnten Gebildes konnte man in die Speiseröhre die Sonde No. 18 einführen. Gegenwärtig passiren die Sonden No. 26 und 27 leicht den Oesophagus, und die Kranke nimmt mit Leichtigkeit flüssige Nahrung zu sich; jedoch stösst die Sonde in einer Entfernung von 24 cm von der Zahnreihe auf ein Hinderniss; in Folge dessen nimmt Verf. an, dass nur die Schleimhaut des unteren Segments der Speiseröhre abgestossen wurde. Lb.

Die Entfernung von Fremdkörpern aus dem unteren Theil des Oesophagus vom Magen aus.

Aus der chirurgischen Klinik zu Leipzig (Dir.: Geheimrath Prof. Trendelenburg).

Von Privatdozent Fr. Wilms.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 60. Heft 3 und 4.)

Mit Zangen oder ähnlichen Instrumenten lassen sich Fremdkörper, besonders Gebisse, aus dem unteren Theil der Speiseröhre vom Munde oder von einer Oesophagotomienwunde aus oft nicht fassen, oder ihre Extraktion ist wegen ihrer Grösse oder Gestalt gefährlich. Zur Extraktion unter Zuhilfenahme des Oesophogoskops gehört eine grosse Uebung. Es ist deshalb die Entfernung der Fremdkörper vom Magen aus von grosser Bedeutung und von manchen Chirurgen bereits mit Erfolg ausgeübt. Die meisten Operateure legten eine kleine Inzision in der Magenwand an und suchten von ihr aus mit dem Finger oder Instrument in die Kardia zu gelangen, sahen sich aber, um zum Ziel zu gelangen, gezwungen, den Schnitt zu erweitern und mit der ganzen Hand in den Magen einzugehen. Mit dieser breitern Eröffnung stieg natürlich die Gefahr des Ausfliessens von Mageninhalt.

W. zeigt nun, dass man sehr wohl im Stande ist, durch eine kleine Inzision bei Kindern bis in Höhe des 8., bei Erwachsenen bis zum 10. Brustwirbel mit dem Finger hinaufzureichen. Der obere Theil der Speiseröhre ist fast ganz von einer Oesophagotomiewunde aus abtastbar, so bleibt nur ein kleines, der Betastung unzugängliches Stück übrig. Bevor man sich daher entschliesst, von der Speiseröhre oder dem Magen einzugehen, ist eine genaue Lokalisation des Fremdkörpers durch Sondirung, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen in schräger Richtung u. s. w. erforderlich.

Der wichtigste Punkt bei der Operation ist die richtige Anlage der Magenöffnung. Wird der Magen in der Gegend des Pylorus inzidirt, so ist eine Abtastung der Speiseröhre von dieser Wunde aus allerdings unmöglich. Legt man dagegen die Inzision am Fundus an, so gelingt ein Eindringen in die Speiseröhre ausserordentlich leicht. Man darf natürlich die Magenöffnung nicht vor der Bauchwunde fixirt halten, sondern muss den Magen zurückschieben können. Um ein Auslaufen des Mageninhalts zu verhüten, werden die Wundränder durch eine Tabaksbeutelnaht und den eingeführten Zeigefinger möglichst fest zusammengeschnürt; so kann dann die Hand gefahrlos in die Bauchhöhle versenkt werden.

Ein auf diese Weise mit glücklichem Erfolge operirter Fall, bei dem es sich um Entfernung eines Gebisses handelte, wird mitgetheilt.

Niehues-Berlin.

Zur Technik der Entfernung von Fischgräthen aus dem Halse.

Von Prof. Max Breitung-Coburg.

(München med. Wochenschrift 1901, No. 28.)

Verfasser empfiehlt, da die Untersuchung mit dem Auge häufig im Stiche lässt, dringend die Untersuchung mit dem Finger. Seelhorst.

Innere Medizin.

Typhusinfektion an der Leiche.

Von Dr. Wilh. Fürnrohr-Erlangen.

(Münchener med. Woch. 1901, No. 25.)

In einer grösseren Arbeit von Hansemann über Infektionen an der Leiche ist die Möglichkeit der Typhusübertragung bei Gelegenheit von Sektionen an zwei Fällen dargethan.

Als dritten Fall bringt Verfasser eine Selbstbeobachtung.

Er hat zu einer Zeit, in welcher er mit Typhuskranken in keiner Weise in Berührung kam und an einem völlig typhusfreien Ort lebte, die von auswärts zugegangene Leiche einer an Typhus verstorbenen Frau sezirt und erkrankte drei Wochen später an einem schweren klassischen Typhus mit ausgesprochener Widal'scher Reaktion.

Was den Weg der in diesem Falle wohl einwandsfrei nachgewiesenen Ansteckung an der Leiche betrifft, so hält Verfasser eine Einführung kleinster Theilchen, die an den Händen haften geblieben sein könnten, nicht für wahrscheinlich, da er sich sehr sorgfältig gereinigt und desinfizirt habe. Eher denkt er an eine Aufnahme kleinster Tröpfchen, die bei der Auswaschung des Darms verspritzt sein könnten.

Ueber den Werth der Widal'schen Serumreaktion bei Typhus nach den Erfahrungen an 357 Krankheitsfällen.

Von Hünermann.

(Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1901. 8. und 9. Heft.)

In der Untersuchungsstation des 8. Armeekorps wurden an 357 typhusverdächtigen Fällen 450 Proben vorgenommen, deren Ergebniss für die Bewerthung der Widal'schen Reaktion von Interesse ist. Besonders die Erfahrungen im Lazareth Coblenz sind von Bedeutung, weil hier die anderen klinischen Symptome zur Widal-Reaktion in Beziehung gesetzt werden konnten. Bei 43 Prozent der Fälle konnte schon am ersten und zweiten Tage die Diagnose gestellt werden, obwohl keine sicheren anderweitigen Symptome vorhanden waren. Es fehlten bei 104 Kranken an dem Tage, als die Widal'sche Probe 1 : 100 schon positiv war, noch

deutliche Milzschwellung bei . .	77	Kranken,
Roseola bei.	58	„
relative Pulsverlangsamung bei .	57	„
Durchfall bei	28	„
die Diazoreaktion bei	21	„

Es zeigt nach Verf. im Allgemeinen kein einziges klinisches Symptom für sich oder in Verbindung mit anderen so frühzeitig und so sicher den Typhus an, wie die positive Widal'sche Probe 1 : 100.

P. Stolper-Breslau.

Ein Fall von spontaner Blutung aus der Brustdrüse als Zeichen von Hämophilie.

Von Dr. S. Krukowski.

(Medycyna 1901, No. 34.)

Die 54 jährige Patientin klagt, dass bei ihr seit zwei Jahren aus der linken Brustdrüse sich von Zeit zu Zeit Blut strahlenförmig oder tropfenweise entleere und zugleich heftige Schmerzen in beiden Fussgelenken und im linken Ellbogengelenk bestehen. Im Winter tritt die Blutung seltener auf, im Sommer ist sie aber dauernd. Die Patientin ist äusserst abgemagert, leidet an häufigem Kopfschwindel und an Appetitlosigkeit. Sie gebar zehnmal, neun Kinder sind am Leben. Das erste Kind, das schwach und blutarm war, starb im dritten Lebenjahre an Pocken. Nach der rituellen Circumcision (es handelt sich um eine Patientin mosaischer Konfession) hatte das Kind 24 Stunden lang stark geblutet. Bei dem zweiten Sohne traten häufige Nasenblutungen auf. Dieser zweite Sohn ist verheirathet. Bei seinem Kinde bewirkte die Circumcision gleichfalls eine heftige Blutung, die sechs Stunden andauerte. Die übrigen Kinder und Enkelkinder der Patientin sind gesund. Die Periode hat bei der Patientin vor sechs Jahren aufgehört. Sämmtliche Kinder hatte die Patientin selbst genährt, und zwar jedes Kind zwei Jahre lang. Scorbutsymptome sind nicht vorhanden. Ihre Erkrankung führt die Patientin auf einen bei einem Brande erlittenen Schreck zurück. Beide Brustdrüsen zeigen Altersverfall; Verhärtungen bezw. Höckerigkeiten sind in denselben nicht vorhanden. Bei Druck auf die linke Brustdrüse entleert sich ein grosser Tropfen dunklen Blutes, welches mikroskopisch weder qualitative noch quantitative Veränderungen zeigt. An den Unterschenkeln befinden sich Krampfadern: Achseldrüsen nicht vergrössert. Es lag somit zweifellos ein ziemlich seltener Fall von Hämophilie mit Blutung aus der Brustdrüse vor. Zu Gunsten dieser Annahme sprachen die Erscheinungen von Seiten der Gelenke, die anamnestisch festgestellte familiäre Anlage, die Hartnäckigkeit der Erkrankung und das Fehlen jeglicher anderweitigen Anhaltspunkte. Als Ursache der Erkrankung könnte man nach Verf., von der wahrscheinlichen erblichen Belastung abgesehen, das langjährige ununterbrochene Stillen ansehen. Lb.

Ohren.

Die Verletzungen des Ohres.

Von Professor Dr. W. Kirchner.

(Würzburger Abhandlungen a. d. Gesammtgebiet der praktischen Medizin. 1. Band, 10. Heft.)

Die direkten und indirekten Verletzungen des Ohres bilden für den ärztlichen Sachverständigen ein wichtiges Thema. Unter den indirekten Verletzungen nehmen naturgemäss diejenigen, denen der Arbeiterstand in den verschiedenen industriellen und landwirthschaftlichen Betrieben und Fabriken ausgesetzt ist, eine besonders hervorragende Stelle ein, während direkte Beschädigungen des Gehörorgans wegen der geschützten Lage der wichtigeren Abschnitte des Ohres weniger häufig beobachtet werden.

Der Verfasser beantwortet in seiner gründlichen und sehr lesenswerthen Arbeit für die einzelnen Arten der Verletzung eingehend die dem Arzte gewöhnlich zur Entscheidung vorgelegte Frage, inwieweit das Hörvermögen durch die Verletzung vermindert worden ist, und weist darauf hin, dass dabei häufig auch noch der Einfluss auf das Allgemeinbefinden des Verletzten in Betracht gezogen werden muss, da bisweilen weniger der Verlust der Hörfähigkeit als vielmehr die damit verbundenen Störungen im Gefäss- und Nervensystem die Gesundheit untergraben und die Leistungsfähigkeit herabdrücken.

Bei den direkten Verletzungen ist hervorgehoben, dass Verlust der ganzen Ohrmuschel erfahrungsgemäss das Hörvermögen nur wenig beeinträchtigt und dass nur, wenn bei der Heilung Stenosen des äusseren Gehörganges zu Stande kommen, eine schwerere Schädigung des Gehörs die Folge ist. — Bezüglich des Othaematoms tritt Verfasser für die Möglichkeit des „spontanen", d. h. nicht traumatischen Zustandekommens ein und führt vier Fälle an, deren einen er auf Staub-, Russ-, Hitzewirkung und Erkältung zurückführt, während im anderen starkes Schwitzen und im dritten Erfrierung als Ursache genannt ist; im vierten Falle erblickt er selbst in häufigem Anstossen der Ohrmuschel den Anlass zu der Erkrankung. Ein gewisses Trauma und sei es auch nur kräftiger Druck oder heftiges Umbiegen der Ohrmuschel im Schlafe, dürfte nach des Referenten Meinung wohl immer einem Othaematom zu Grunde liegen.

Verletzungen des äusseren Gehörganges durch Holzreiser, Getreidehalme u. s. w. kommen bei Wald- und Oekonomie-Arbeitern vor; Verunreinigung solcher kleinen Wunden kann unangenehme Folgen haben. — Bruch des äusseren knöchernen Gehörganges kommt namentlich an seiner vorderen Wand durch Druck auf den Unterkiefer zu Stande; bedenklich können solche Brüche werden, wenn sie sich an der Schädelbasis weiter medialwärts hin durch Paukenhöhle und Labyrinth bis zum Boden des Gehirns erstrecken.

Verletzungen des Trommelfells können direkt oder indirekt zu Stande kommen, durch das Eindringen von festen Gegenständen, von heissen Dämpfen und ätzenden Flüssigkeiten einerseits, durch Luftdruck bei Schlag auf das Ohr, Detonationen u. s. w. andererseits. Besonders wird auf die gleichzeitige Verletzung des äusseren Gehörganges und ihre diagnostische Bedeutung bei direkten Verletzungen hingewiesen, vornehmlich aber wird, und das ist ein hochwichtiger Punkt, auf das Schädliche von Ausspülungen oder von Eingiessungen von Arzneimitteln in diesen Fällen aufmerksam gemacht. Einfacher aseptischer Verschluss des äusseren Gehörganges bei strikter Bettruhe ist die einzig richtige Behandlung.

Für indirekte Trommelfellverletzungen bietet nach K. die abnorm gestreckte Gestalt des Gehörganges ein wesentlich prädisponirendes Moment; Referent hat ein solches viel öfter in früher überstandenen Krankheitsprozessen und darnach zurückgebliebenen Narben oder atrophischen bezw. verkalkten Partieen oder in abnormer Spannung des Trommelfells bei hochgradiger Retraktion desselben gefunden. Wenn K. diesem letzteren Punkte bei Beurtheilung solcher Beschädigungen mit Rücksicht auf die Strafbarkeit eines Insults oder bezüglich der daraus erwachsenden Entschädigungsansprüche keine allzu grosse Bedeutung beimessen möchte, so ist demgegenüber hervorzuheben, dass diese Meinung von der der meisten anderen Autoren abweicht. Sehr zu beherzigen aber ist der Hinweis, dass bei einer schon länger bestehenden Mittelohreiterung nicht selten der Versuch gemacht wird, diese nach einer stattgehabten Verletzung als die Folge dieser Beschädigung hinzustellen. Der ärztliche Sachverständige kann hier bei der Beurtheilung auf erhebliche Schwierigkeiten stossen, und es gehört grosse Erfahrung dazu, festzustellen, ob der vorhandene Krankheitsprozess älteren oder jüngeren Datums ist.

Der letzte Abschnitt ist den Verletzungen des inneren Ohres und besonders der Diagnose der dadurch hervorgerufenen Schädigungen gewidmet. Es gehört zu deren Erkennung eine sorgfältige Anwendung aller unserer akustischen Hilfsmittel, wie sie im Allgemeinen wohl nur der Spezialist

durchzuführen im Stande ist. Ein endgiltiges Urtheil ist meist erst nach langer Beobachtung und bei der Zweifelhaftigkeit der Prognose derartiger Verletzungen vielfach erst nach Ablauf von Jahren abzugeben.

Die verminderte Leistungsfähigkeit und beschränkte Erwerbsfähigkeit lässt sich bei Ohrenverletzungen nicht nach allgemein giltigen Sätzen schematisch beurtheilen. Ganz im Allgemeinen, meint K., ist bei einseitiger Taubheit oder einer dieser gleichzuachtenden, hochgradigen Schwerhörigkeit eine Erwerbsbeschränkung um 10 Prozent, bei einer doppelseitigen derartigen Beschädigung um wenigstens 25—30 Prozent anzunehmen. Selbstverständlich muss dabei auf etwa nebenher bestehende andere Ohrensymptome, wie Sausen, Schwindel, Kopfschmerzen und dergl. gebührend Rücksicht genommen werden.

Unsere ausführliche Besprechung der Abhandlung hat den Zweck, den ärztlichen Sachverständigen auf des Verfassers sehr brauchbare Ausführungen eindringlich hinzuweisen; die Lektüre der Originalarbeit im gegebenen Falle kann natürlich durch vorstehendes Referat nicht erspart werden.

Richard Müller.

Ueber einen Fall von Menièrescher Krankheit (apoplektischer Taubheit).

(Vortrag im ärztl. Verein zu Bremen.)

Von Dr. Dickhoff, Direktor der Heilanstalt St. Gilgenberg bei Bayreuth.

(Deutsche Praxis 1901, No. 15.)

Beschreibung und Besprechung eines Falles des Menièreschen Symtomenkomplexes, bei einem 40jährigen Herren, bei welchem sich alle Ursachen ausser der für Menièresche Krankheit im engeren Sinne geltenden, nämlich Apoplexie oder entzündlicher Prozess allein im Labyrinth ausschliessen lassen. Seelhorst.

Ueber den therapeutischen Werth der Vibrationsmassage des Trommelfells.

Von Dr. Schwabach-Berlin.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk., XXXIX. Bd., 2. Heft.)

Die Vibrationsmassage des Trommelfells nach Breitung, über die Schwabach hier nach seinen an 173 Fällen gesammelten Erfahrungen berichtet, besteht darin, dass vermittelst einer durch einen Elektromotor getriebenen Luftpumpe in kurzer, vibrirender Aufeinanderfolge Luftverdünnungen und -Verdichtungen im äusseren Gehörgange erzeugt oder, was dasselbe ist, Luftabsaugungen und Lufteintreibungen am äusseren Gehörgange bewirkt werden.. Die hierdurch herbeigeführte Erschütterung des Trommelfells ist die „Massage". Diese wird therapeutisch bei Schwerhörigkeit und subjektiven Geräuschen — auf verschiedener Grundlage — angewendet. Ihr Nutzen ist in einer Anzahl von Fällen unbestreitbar, in anderen Fällen ist die Massage, wie aus der durchaus objektiven Darstellung hervorgeht, ohne jeden Erfolg gewesen. Für unseren Leserkreis wird es von besonderem Interesse sein, dass unter Umständen sogar das Gegentheil von Nutzen eintreten kann: ein unangenehmes Gefühl von Hitze und Spannung im Ohr, Zunahme des Sausens, mehr oder weniger heftige Schwindelerscheinungen. Zur Vermeidung dessen darf der mit der Luftpumpe durch einen Schlauch verbundene Trichter nicht luftdicht in den Gehörgang eingeführt werden, oder aber man schafft eine Schutzvorrichtung, eine Art Sicherheitsventil, dadurch, dass man in den verbindenden Gummischlauch ein kleines Fenster hineinschneidet. Richard Müller.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

(Originalbericht der Aerztl. Sachverst.-Zeitung.)

Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie.

Bei der verhältnissmässig grossen Anzahl von Vorträgen, die in der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie gemeldet waren, und bei der immerhin geringen Zeit, die für die Sitzungen zu Gebote stand, ist es erklärlich, dass nur nahezu die Hälfte der Redner zu Worte kam. In gewissem Sinne Ersatz für den Ausfall wurde den Mitgliedern der Abtheilung dadurch geschaffen, dass sie zur Besichtigung des noch immer mustergiltigen Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf eingeladen wurden und unter eingehender Führung die ausgedehnte Hamburger Staatsirrenanstalt Langenhorn besichtigen konnten.

Der Vortrag, der schon von vornherein sowohl durch sein Thema wie durch den Umstand, dass er vor Psychiatern und Gynäkologen gehalten wurde, mit das meiste Interesse erforderte, war der von

Jolly: Ueber die Indikationen des künstlichen Abortus bei der Behandlung von Neurosen und Psychosen.

Redner führte ungefähr Folgendes aus (vom rein medizinischen Standpunkte, ohne auf die juristische Seite der Frage einzugehen):

Es sei verwunderlich, dass über diesen wichtigen Gegenstand in der Literatur eigentlich nur Wenig bekannt sei. Er könne sich das nur so erklären, dass natürlich derartige Fälle nicht allzuhäufig seien und dann, dass wohl mancher eine gewisse Scheu gehabt habe, wegen des Gefühles der Verantwortung seine Erfahrungen auf diesem Gebiete mitzutheilen. Aber gerade deswegen halte er es für nöthig, die Indikationen für die Einleitung des künstlichen Abortus bei Behandlung von Neurosen und Psychosen zu präzisiren.

In Frage kommt zuerst die chorea gravidarum. Die Gefahr, die bei ihr den Erkrankten droht, ist verschiedenartig bedingt. Zunächst treten leicht Erschöpfungszustände auf, die umso bedrohlicheren Charakter annehmen, wenn sich zur chorea Komplikationen in Gestalt von Albuminurie, Endocarditis gesellen. Ferner wird Erschöpfung auf direktem Wege hervorgerufen, indem durch seelische Veränderungen oder durch die zahlreichen unkoordinirten Bewegungen die Nahrungsaufnahme in bedenklicher Weise erschwert wird.

Dann aber sind die Selbstverletzungen der Schwangeren bei grosser Heftigkeit der choreatischen Bewegungen in Betracht zu ziehen. Das Auftreten von Sugillationen ist geradezu die Regel, leicht entwickeln sich Abscesse, und es sind Beobachtungen bekannt, wo durch allgemeine Sepsis in der Folge der Tod eintrat.

Es liegt nun die Frage nahe, ob man bei diesen Fällen in der Lage ist, durch Einleitung des Abortus zu heilen. Diese Frage meint der Vortragende auf Grund seiner Erfahrungen bejahen zu können, da er auf diese Weise mehrere choreatische Erkrankungen, darunter auch eine mit seelischen Störungen, hat coupiren können. Die Besserung tritt gewöhnlich nicht sofort ein; sondern erst nach einigen Tagen gestaltet sich der Verlauf im Wesentlichen günstiger. Redner kommt daher zu dem Schlusse, dass die Einleitung des Abortus bei der chorea gravidarum zwar nicht immer nothwendig sei, dass aber der Arzt stets zu diesem Eingriffe bei drohender Gefahr bereit sein müsse.

Ueber andere Neurosen, wie Epilepsie, Hystero-Epilepsie, Hysterie geht Redner aus sachlichen Gründen hinweg, um

dann besonderen Wert auf die Melancholie zu legen, die sich in den ersten Monaten der Schwangerschaft auszubilden pflegt. Klinisch ist sie häufig zu beobachten. Es kommen bei ihr mehrere ätiologische Faktoren zusammen: sowohl die pathogenetische Wirkung der Gravidität auf die Zirkulation und den Stoffwechsel wie auch das psychische Moment (Angst vor dem Kinde etc.) Die Melancholien sind an Intensität verschieden, doch kommen nicht selten schwerere Formen mit Selbstmordideen vor. Wenn sie auch zumeist in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft sich bessern, so kommen doch auch Uebergänge in Delirien vor, die natürlich das Leben der Kranken bedrohen; dann auch Uebergänge in stuporöse Zustände, die die Erhaltung der Frauen wesentlich erschweren. In derartigen ernsten Fällen, zu denen noch die idiopathisch disponirten Individuen mit lebhaften Angstempfindungen hinzukommen, ist die Indikation auf künstlichen Abort zu stellen.

Der Einwand, dass solche Fälle vielleicht spontan besser geworden wären, oder die Selbstmordgefahr durch einen Anstaltsaufenthalt behoben würde, wird dadurch entkräftet, dass es sich um Patientinnen handelt, die auf dem Höhepunkt ihrer Erkrankung angelangt sind, sodass die Unterbringung in eine geschlossene Anstalt schwer möglich ist. Auch ist dort noch nicht jede Möglichkeit eines Selbstmordes ausgeschlossen. Ausserdem ist zu bedenken, dass die oben erwähnten Delirien u. s. w. auch in sofern gefährlich sind, weil sie zuweilen in chronische Zustände mit Ausgang in Demenz übergehen.

Nicht annehmbar ist nach der Ansicht des Vortragenden die Motivirung des immerhin schwerwiegenden Eingriffs damit, dass die Kinder solcher Mütter denn doch degenerirt sein würden. Das überschreitet die Aufgabe des Arztes und zudem sind doch auch zuweilen die Kinder gesünder als ihre Eltern. Zum Schlusse empfiehlt Redner noch, gerade bei der grossen Verantwortung, sich zu diesem Schritte jedesmal den Rat und die Zustimmung eines Kollegen zu holen.

Diskussion:

Martin (Greifswald) ist der Ansicht, dass die Aerzte bei zu grosser Zurückhaltung in solchen Fällen leicht den gewerbsmässigen Abortleuten Waffen in die Hand spielen können.

Zweifel (Leipzig) will weiter als der Vortragende gehen. Jede Chorea in der Gravidität mache eventuell den Abortus nothwendig, da solche Fälle leicht zum Tode führen können. Ferner halte er es bei melancholischen Schwangeren, die dem Gynäkologen häufig begegnen, für geradezu ein Gebot der Menschlichkeit, es nicht bis zur Psychose kommen zu lassen.

Lohmann erwähnt einen Fall, eine Frau betreffend, die in der 7. Schwangerschaft melancholisch wurde. Dass aber nicht die grosse Kinderzahl, wie man annehmen könnte, die Depression hervorrief, wurde später dadurch bewiesen, dass sie bei der folgenden Gravidität psychisch freiblieb.

Binswanger (Jena) fügt zur Frage bei der Epilepsie hinzu, dass Epileptische unter dem Einflusse der Gravidität in geistigen Verfall gerathen können, auch dass bei ihnen die Anfälle sich paroxysmenartig steigern können. In derlei Fällen halte er den künstlichen Abortus für indizirt.

Flatau (Berlin) empfiehlt, vorher noch die Suggestionstherapie zu versuchen und weist auf die Simulationsgefahr hin.

Bruns (Hannover) macht noch besonders auf die einfache „Angst vor dem Kinde“ aufmerksam.

Ziehen (Utrecht) räth bei den Erkrankten Kochsalzinfusionen und Chloral zu versuchen. Er habe damit Erfolge erzielt. Im Uebrigen seien immer zuerst sämmtliche Chancen zu probiren.

Es folgen einige kasuistische Mittheilungen.

Buchholz (Hamburg) fragt nach dem Standpunkt des Vortragenden bei periodischen Psychosen.

Jolly antwortet ihm, dass bei diesen natürlich keine Indikation vorhanden sei, weil es sich doch nur um ein auslösendes Moment handle. Im Uebrigen fasst er noch einmal die von ihm gestellten Indikationen kurz und übersichtlich zusammen.

(Fortsetzung folgt.)

Abtheilung für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Vom ersten Sitzungstage ist nachzuholen:

Lexer-Berlin. Ueber Operation des Ganglion Gasseri. Auf Grund von 12 in der v. Bergmann'schen Klinik vorgenommenen Operationen (Resektion des Ganglion) berichtet L. über die von ihm angewandte Technik, welche insofern von der Krause'schen Methode abweicht, als er den Lappen in der Schläfe bedeutend kleiner bildet, als Jener und statt dessen durch temporäre Resektion des Jochbogens und Abtragung der Schädelbasis bis an das Foramen ovale das Operationsfeld nach unten freilegt. Hierdurch soll die zuweilen im Anschlusse an die Operation auftretende Aphasie, welche auf Kompression des mit einem Spatel zurückgehaltenen Gehirns zurückzuführen ist, vermieden werden.

Die Art. meningea muss stets entweder innerhalb oder ausserhalb des Schädelgrundes unterbunden werden. Eine heftige Blutung aus dem das Ganglion umgebenden venösen Geflecht ist stets zu erwarten; sie kann durch Tamponade und Hochsetzen des Kranken gestillt werden. Die entstandene Wunde wird locker tamponirt, da durch Ausreissen des *Trigeminusstammes* stets eine Eröffnung des Intraduralraumes stattgefunden hat.

Von den operirten Kranken ist einer an Hirnhautentzündung gestorben. Es handelte sich um ein nicht diagnostizirtes in der hinteren Schädelgrube gelegenes Psammom, welches die Trigeminusneuralgie vorgetäuscht hatte. Wahrscheinlich ist in denjenigen Fällen, in welchen nach der Resektion ein Rezidiv der Neuralgie aufgetreten ist, gleichfalls eine intrakranielle Geschwulst hierfür verantwortlich zu machen.

Im Anschluss an die Operation traten in vier Fällen Augenmuskellähmungen, in dreien Hornhautentzündung auf; 3 mal kam es zu einem Rezidiv auf der nicht operirten Seite. Die übrigen Kranken sind gesund und beschwerdefrei, zum Theil seit $3^1/_2$ Jahren.

Diskussion: Krause-Berlin. Die Lexer'sche Modifikation meiner Operationsmethode ist ganz ähnlich der Doyen-schen, welche dieser als minderwerthig wieder hat fallen lassen; das Gleiche gilt von dem Dollinger'schen Verfahren. Die Art. meningea media muss entgegen Dollinger's Ansicht stets unterbunden werden. Krause demonstrirt an Photogrammen seine Methode, nach welcher er 32 Kranke operirte. Die Hornhautentzündung lässt sich nicht immer vermeiden.

von Bergmann-Berlin empfiehlt das Aufsetzen des Kranken, wodurch in Folge Hineinsinkens des Gehirns viel Platz geschaffen wird; ein stärkeres Zurückhalten desselben durch Spatel ist dann unnöthig.

Lexer: Das Doyen'sche Verfahren kann mit meiner Methode gar nicht verglichen werden, da es nur die Wegnahme der Schädelbasis mit dem meinigen gemeinsam hat. Im Uebrigen haben auch namhafte Anatomen den von mir angegebenen Weg zum Ganglion als den besten anerkannt.

Zweiter Tag.

Kelling-Dresden, Ueber die Besichtigung der Speiseröhre und des Magens mit biegsamen Instrumenten, bespricht die diagnostische Bedeutung der Gastroskopie auf Grund von 134 von ihm untersuchten Fällen. Mit Hilfe derselben ist man im Stande, die Diagnose des Magenkrebses zu einer Zeit zu stellen, wo eine fühlbare Geschwulst noch nicht vorhanden ist (Demonstration eines durch Gastroskopie diagnostizirten und resezirten carcinomatös entarteten Magengeschwürs).

Gleich gute Dienste leistet die Gastroskopie bei der Feststellung der Operabilität eines Magenkrebses. Um sich auch über die Betheiligung der Leber und Lymphdrüsen vor der Operation Gewissheit zu verschaffen, stösst K. einen Troikart in die Bauchhöhle, bläst dieselbe mittelst Luft, welche durch Watte filtrirt wird, auf und führt durch eine zweite, gleichfalls mit dem Troikart gemachte Oeffnung ein Cystoskop in die Bauchhöhle ein. (Demonstration am Hunde.)

von Mikulicz-Breslau. Erfahrungen über Magencarcinom. Von 447 in der Breslauer Klinik beobachteten Magencarcinomen wurden 320 operirt. Die Lebensdauer nach der Probelaparotomie (44 Fälle) betrug im Durchschnitt 1 Jahr, bei den nicht Operirten 11 Monate. Die Gastrostomie (27 Fälle) verlängerte das Leben um $3^1/_4$, die Enteroanastomose (143 Fälle) um $5^1/_2$ Monate; im Anschlusse an erstere Operation starben 16 Prozent, nach der letzteren 31,5 resp. 26 Prozent. Die besten Resultate wurden bei der Magenresektion (100 Fälle) erzielt. Von 50 längere Zeit nach der Operation beobachteten Kranken sind 20 seit $^1/_2$ Jahr, 10 seit 2 Jahren, 4 seit $3^1/_2$ Jahren rezidivfrei. Die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation betrug 1 Jahr; 37 Prozent starben im Anschluss an den Eingriff.

M. wendet daher die Palliativoperationen erst in zweiter Linie an, da sie dieselben Gefahren bieten, wie die Resektion, dagegen den primären Tumor, die Hauptursache der Beschwerden, nicht beseitigen, während die Kranken nach Entfernung desselben ohne besondere Qualen an den Metastasen dahinsiechen. Wird künftig die fast gefahrlose Probelaparotomie häufiger und zeitiger ausgeführt, und hierdurch die Diagnose früher gestellt, so werden die Resultate der Resektion noch besser werden.

Kienböck-Wien. Radiographische Diagnose der Knochenresorption. Die Knochenatrophie, welche sich auf dem Röntgenbilde in einer verschwommenen Aufhellung der Knochenzeichnung kundgiebt, ist von diagnostischer Bedeutung bei der Erweichung der Knochen im Abschluss an Tuberkulose, Syphilis, Sarkom, Carcinom und die Sudeck'sche akute Atrophie (früher Inaktivitätsatrophie genannt), wie sie bei Arthritikern, Phlegmonen und Frakturen auftritt.

Diskussion: Sudeck-Hamburg. Die akute Atrophie ist insofern von klinischer Bedeutung, als bei ihrem Vorhandensein stets erhebliche Funktionsstörungen vorliegen.

Posner-Berlin theilt einen neuen Fall von überzähligem Harnleiter bei einem jungen Mädchen mit. Der Ureter mündete unterhalb der Harnröhre in das Vestibulum, liess sich gut katheterisiren, doch war sein centrales Ende nicht erreichbar. Die Krankheit, welche lange Zeit als Enuresis nocturna gedeutet wurde, fand ihre Heilung dadurch, dass P. die eine Branche einer entsprechend gearbeiteten Klemme in den Harnleiter, die andere durch die Harnröhre in die Blase einführte und nun durch Schliessen derselben infolge Druckatrophie eine Verbindung zwischen Urether und Harnblase schuf. In einer zweiten Operation wurde der dritte Harnleiter zur Verödung gebracht Vorläufig besteht noch Inkontinenz der Blase.

II. Kongress der Lebensversicherungs-Aerzte zu Amsterdam.

Originalbericht der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Chefarzt Professor Dr. **Stockvis**-Amsterdam: „Albuminurie und Lebensversicherung."

Es ist schon viel über dieses Thema geschrieben und gesprochen worden und nach den Verhandlungen auf dem I. Kongress in Brüssel ist etwas Neues kaum mehr hinzuzufügen, nichts destoweniger rechtfertigt sich seine Behandlung immer von Neuem, denn gutta cavat lapidem, non vi, sed saepe cadendo. Und das starre, alt hergebrachte Prinzip der Lebensversicherungsgesellschaften, alle Albuminuriker ohne Unterschied abzuweisen, ist falsch und muss trotz des Widerstandes der Gesellschaften doch endlich einmal durchbrochen werden. Es muss immer wieder von Neuem darauf hingewiesen werden, dass der Befund von Eiweiss im Urin und Nierenerkrankung durchaus nicht identisch sind, dass zwischen Albuminurie und Albuminurie ein gewaltiger Unterschied ist, und dass sich so das übliche Verfahren der Gesellschafen, die Abweisung auf den blossen Befund von Eiweiss im Urin hin, niemals rechtfertigen lässt. Zweifellos ist die Albuminurie immer etwas Pathologisches; eine physiologische Albuminurie existirt nicht, aber ihre Prognose ist durchaus nicht immer ungünstig und diese ist es doch allein, die die Lebensversicherung interessirt. Wenn trotz dieser ihnen sicher auch wohl bekannten Thatsache die Gesellschaften auf ihrem ablehnenden Standpunkt beharrt haben, so kann das nur darin allein seine Erklärung finden, dass die Unterscheidung der Albuminurie von der Albuminurie und so die Prognosestellung keine so leichte ist, dass dazu vor Allem eine Inanspruchnahme des Wissens und der Zeit ihrer Vertrauensärzte gehört, auf die sie nicht allenthalben rechnen können, und die zu fordern, sie nicht wagen dürfen. Und ihre Furcht, ihre Vertrauensärzte allzusehr zu bemühen, geht bekanntlich soweit, dass sie in allen Fällen nur eine einmalige, in der Zeit beliebige Urinuntersuchung des Antragstellers fordern, während ihre Aerzte doch recht gut wissen, dass auch bei den schwersten Nierenerkrankungen nichts unsicherer ist, als die Prüfung einer einmaligen, beliebig am Tage entnommenen Urinprobe. Und so erlebt man das Merkwürdige, dass sich die Gesellschaften auf der einen Seite mit dem Unsicheren, wenn der Ausfall der Probe nur negativ war, vollkommen begnügen und ruhig darauf hin die höchsten Versicherungen abschliessen, während sie auf der anderen Seite, wenn auch nur Spuren von Eiweiss gefunden sind und dieser Befund für die Lebens-Prognose des Antragstellers ebensowenig und oft noch weniger sagt, als der negative Ausfall, sofort mit etwas absolut Sicherem, Fürchterlichem rechnen und ohne Weiteres abweisen. —

Die erste Frage, die der Arzt bei dem Befunde von Eiweiss im Urin sich zu beantworten hat, ist die nach seiner Herkunft: ist die Albuminurie eine renale oder extrarenale? Die Prognose der Letzteren ist fast immer günstig; die Differentialdiagnose zwischen Beiden stellt das Mikroskop. Blutkörperchen, Leucocyten, Epithelien der Harnwege, Spermatozoen, Schleim, das Fehlen von Cylindern und Nierenepithelien führen immer auf den richtigen Weg. Der grössere Prozentsatz der Fälle von sogenannter physiologischer Albuminurie sind nichts Anderes als extrarenale Albuminurie. So fand sie Zechuisen in 60 Prozent der Fälle von Albuminurie bei Soldaten, von Noorden sogar in 68 Prozent. Flensburg hatte ähnliche Resultate; eine Nachuntersuchung zwei Jahre später zeigte, dass in den meisten Fällen das Eiweiss wieder gänzlich aus dem Urin geschwunden war, eine Nierenerkrankung

war in keinem Falle zur Entwickelung gekommen. Die Verwerthung des Globulins für die Differentialdiagnose ist unsicher, sicherer für extrarenale Albuminurie spricht das Vorherrschen der Nucleo-Albumine.

Kann extrarenale Albuminurie ausgeschlossen werden, so ist auch mit der Diagnose renale Albuminurie für die Prognose noch nichts gesagt. Hier handelt es sich zunächst darum, festzustellen, ob es sich um eine organische oder funktionelle Nierenerkrankung im gegebenen Falle handelt. Entscheidend ist auch hier der Eiweissbefund nie allein, sondern hier lediglich die krankhaften Symptome, die diesen begleiten (Herz u. s. w.) Die sogenannten toxischen Formen geben in der Regel eine gute Prognose, oft auch die sogenannte cyclischrere (orthostatischere) Albuminurie.

Der Vortragende schliesst, dass er sich der Schwierigkeiten wohl bewusst sei, der die exakte Differentialdiagnose der Albuminurie in der Praxis der Lebensversicherung heute noch begegne, aber er sehe die Zeit kommen, wo die Lebensversicherungsgesellschaften sich zur Gründung von Beobachtungsstellen zusammenschlössen, um die Unterlagen zu gewinnen, die sie für die Versicherung der Albuminiker benöthigten, aber bei ihrem ärztlichen Dienste von heute leider noch gänzlich entbehrte.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Erhöhung der Vollrente auf 100 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes gemäss Paragraph 9 Abs. 3 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. Ausbruch der Geisteskrankheit ist Folge des Unfalles.

Entscheid. vom 6. März 1901.

In der Nacht vom 21. zum 22. Januar 1899 erlitt der Hauer Wilhelm P. aus Hermsdorf im Betriebe des Steinkohlenwerks ver. Glückhilf-Friedenshoffnung einen Betriebsunfall, der in einem Bruch des linken Unterschenkels und in zwei Hautwunden bestand. Während P. zur Heilung dieser Verletzungen im Knappschaftslazareth in Waldenburg untergebracht war, ist er in Geisteskrankheit verfallen. Nachdem der Unterschenkelbruch den Verhältnissen entsprechend günstig geheilt war, ist P. gegen Mitte März 1899 aus dem Knappschaftslazareth als revierkrank entlassen und seiner Familie überwiesen worden. Am 25. März 1899 fand P. in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau Aufnahme. Der Oberarzt dieser Anstalt begutachtete, dass es nicht unmöglich, sondern auch höchst wahrscheinlich sei, dass der Unfall bei der krankhaften Veranlagung des Verletzten den Ausbruch der Geisteskrankheit beschleunigt habe. In Folge dessen wurde die Entschädigungspflicht vom Sektionsvorstande anerkannt und dem Verletzten die volle Rente zugebilligt. Der zum Pfleger bestellte Bruder des P. hat hiergegen Berufung erhoben und beantragt, dass dem P. die laufenden Kosten der Behandlung und der Verpflegung in der Irrenanstalt und dessen Ehefrau sowie ihren Kindern unter 15 Jahren die Familienrenten bewilligt würden. Das Schiedsgericht hat die Berufsgenossenschaft verurtheilt, dem P. für die Zeit vom 24. April bis 31. Mai 1899 freie Kur und Verpflegung in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau, seiner Ehefrau und seinen vier Kindern unter 15 Jahren für dieselbe Zeit ausserdem die Angehörigenrenten zu gewähren. Wegen der vom 1. Juni 1899 ab zu gewährenden Leistungen wurde die Berufung als unbegründet zurückgewiesen. Gegen diese Entscheidung hat der Vertreter des P. rechtzeitig Rekurs eingelegt, zunächst mit dem Antrage, diesem auch für die Zeit nach dem 31. Mai 1899 die Kosten der Unterbringung in der Irrenanstalt zu Bunzlau und daneben für seine Familie die Angehörigenrente nach § 7 Absatz 2 des Unf.-Ver.-G. oder wenigstens „ausser der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit noch Beiträge zu den Unterhaltungskosten in der Anstalt zu bewilligen, soweit die letzteren für besondere Wartung und Aufsicht, für fortdauernde ärztliche Behandlung und kostspieligere Medikamente in Ansatz zu bringen sind“. Der Pfleger führte aus, dass die geltend gemachten Ansprüche sowohl nach dem Geiste der sozialpolitischen Gesetzgebung, als auch insbesondere nach dem Wortlaute der §§ 5 und 7 des Unf.-Vers.-Ges. begründet seien. Denn das Heilverfahren sei am 31. Mai 1899 noch nicht beendet gewesen, es dauere vielmehr so lange fort, wie sich der Kläger in ärztlicher Behandlung in der Irrenanstalt befinde. Die Ansprüche des Klägers seien auch rekursfähig, da es sich nicht blos um die Kosten des Heilverfahrens, sondern auch um Familienrente handele. Ausserdem unterliege das angefochtene Urtheil auch dem Rekurse, weil der der Rentenberechnung zu Grunde gelegte Jahresarbeitsverdienst nicht richtig sei. Derselbe betrage nicht 1079,10 Mk., sondern 1110,81 Mk., da der Kläger nach seinem Lohnbuche in dem Jahre vor dem Unfalle 1062,81 Mk verdient habe, wozu noch 96 Centner Deputatkohlen im Werthe von 48 Mk. kämen.

Die Berufsgenossenschaft hat die Zurückweisung des Rekurses beantragt und behauptet, dass das Richtsmittel des Rekurses wegen der Kosten des Heilverfahrens und der Angehörigenrente nicht gegeben sei. Der Jahresarbeitsverdienst sei richtig berechnet. Da von einem „Heilverfahren“ bei dem Kläger keine Rede mehr sein könne, so seien die Ansprüche des Klägers auch sachlich nicht begründet.

Der Vertreter des P. hat ferner noch in einem Schriftsatz vom 15. Februar 1901 den Antrag gestellt, dem Verletzten vom 24. April 1899 ab eine Rente in der vollen Höhe seines früheren Jahresarbeitsverdienstes zuzusprechen und ausserdem an aussergerichtlichen Kosten 12 Mk. beansprucht.

Das R. V. A. hat dem Rekurse stattgegeben und die Berufsgenossenschaft verurtheilt, dem Verletzten eine Rente von 100 Prozent seines Jahresarbeitsverdienstes zu gewähren und ihm ferner an aussergerichtlichen Kosten 12 Mk. zu erstatten.

Gründe:

Das R. V. A. hat angenommen, dass die Sache rekursfähig ist. Die Streitfrage hat sich — von Anderem abgesehen — jedenfalls dadurch erledigt, dass der Vertreter des Klägers in dem letzten Schriftsatz vom 15. Februar 1901 den Antrag aus § 9 Absatz 3 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900 gestellt hat. Eine solche Aenderung des Antrages ist aber nach der ständigen Rechtsprechung des R. V. A. jederzeit zulässig (zu vergleichen Anmerkung 3 zu § 10 und Anmerkung 1 zu § 19 der Verordnung, betreffend die Formen des Verfahrens und den Geschäftsgang des R. V. A., vom 5. August 1885 und Anmerkung 6 Absatz 3 zu § 4 der Verordnung über das Verfahren vor den Schiedsgerichten vom 2. November 1885 im Handbuch der Unfallversicherung). Es ist sonach jedenfalls auch ein die Rente des Verletzten selbst betreffender Anspruch streitig und damit die Rekursfähigkeit unzweifelhaft gegeben.

In der Sache selbst glaubte das Rekursgericht dem Kläger in Anwendung der Vorschrift des § 9 Absatz 3 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900 die Rente auf 100 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes erhöhen zu müssen. Dass diese Bestimmung an sich hier Anwendung finden kann, ist nach § 27 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unf.-Vers.-Ges., nicht zweifelhaft. Denn es handelt sich im vorliegenden Falle um die erste Feststellung des Entschädigungsanspruchs, der als solcher auch nach den bisherigen Unf.-Vers.-Ges. begründet war, und es war über ihn vor dem Inkrafttreten des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900, nämlich dem 1. Oktober 1900, noch nicht rechtskräftig entschieden, da ja der

vorliegende Rekurs zulässig ist. Erwägt man ferner, dass der Kläger ausweislich der Akten insbesondere nach den ärztlichen Gutachten seine Kleider und sein Bett täglich mehrmals verunreinigt, dass er die Nahrungsaufnahme verweigert und gemeingefährlich ist, so unterliegt es keinem Zweifel, dass er in dem denkbar höchsten Grade hilflos und der Wartung und Pflege bedürftig ist, mithin die Voraussetzung des § 9 Absatz 3 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900 auf ihn zutrifft. Der Umstand, dass der Kläger gegenwärtig in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau verpflegt wird und die dafür bisher in Ansatz gebrachten Kosten sogar noch erheblich unter dem Betrage der Vollrente bleiben, bietet nach der Auffassung des Rekursgerichts keinen Grund, dem Kläger diese Zusatzrente zu verweigern. Denn weder der Wortlaut der fraglichen Gesetzesvorschrift noch die Materialien dazu berechtigen zu einer Unterscheidung danach, ob die im Einzelfalle an sich erforderliche fremde Wartung und Pflege zufällig schon von irgend einer Seite gewährt wird, ob vielleicht gar eine gesetzliche Verpflichtung zu dieser Leistung besteht, und ob die durch diese Verpflegung entstehenden Kosten durch die Vollrente zugleich mit dem Lebensunterhalt des Verletzten, wofür diese Rente in erster Reihe bestimmt ist, gedeckt werden. Zudem kann eine solche Verpflegungsleistung auch wieder in Fortfall kommen; im vorliegenden Falle z. B. könnte der Aufenthalt des Klägers in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau trotz Fortbestehens der Pflegebedürftigkeit aufhören, wenn der Kläger nicht mehr gemeingefährlich wäre und deshalb seiner Familie zurückgegeben würde. Somit hat der Kläger für die Dauer seiner Hilflosigkeit Anspruch auf eine Rente von 100 Prozent seines Jahresarbeitsverdienstes. Dieser Verdienst ist aber nach dem Ergebniss der Beweisaufnahme richtig von der Beklagten berechnet und beträgt 1078,46 Mark.

(Kompass.)

Erwerbsverminderung liegt nicht vor. Verlust von Zähnen.
Rek.-Entscheidung vom 24. Mai 1901.

Der Bergmann F. K. zog sich am 5. Juli 1900 auf der Zeche ver. St. & H. einen Bruch des Oberkiefers und eine Zerreissung der Oberlippe zu. Der Sektionsvorstand lehnte es ab, dem Verletztem aus diesem Anlass eine Unfallrente zu bewilligen, weil nach ärztlichem Gutachten die Unfallfolgen so geringfügig seien, dass sie die Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche hinaus in messbarem Grade nicht beeinträchtigten. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden zurückgewiesen. Gründe:

Das Fehlen zweier Schneidezähne, eines Eckzahns und eines Backenzahns im Oberkiefer des Klägers würde nur dann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit des Klägers bedingen, wenn etwa sein Ernährungszustand unter diesem Defekt wegen ungenügender Zerkleinerung der Speisen und dadurch hervorgerufener Verdauungsstörungen gelitten hätte. Dass dies nicht der Fall ist, geht aus dem ärztlichen Attest hervor und der Kläger selbst behauptet gar nicht einmal, dass sein Ernährungszustand ein mangelhafter sei. Dass ihm durch das Fehlen der vier Zähne Essen und Sprechen wesentlich erschwert wäre, ist eine Behauptung des Klägers, deren Uebertriebenheit (wenn nicht Haltlosigkeit) klar zu Tage liegt.

(Kompass).

Aus dem Ober-Verwaltungsgericht.

Ein Chemiker als Inhaber einer Heilanstalt.
Entsch. vom 10. Oktober 1901.

Dr. O., welcher in der Potsdamerstrasse zu B. eine Heilanstalt besitzt, war angeschuldigt worden, sich gegen § 367 (3) des Strafgesetzbuchs und die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 vergangen zu haben, indem in seiner Heilanstalt Heilmittel verkauft worden seien, deren Verkauf den Apotheken vorbehalten sei. Das Schöffengericht verurtheilte den Angeklagten zu einer Geldstrafe und die Strafkammer wies die Berufung des Angeklagten als unbegründet ab. Dr. O.'s Heilanstalt wurde eines Tages von einem Dienstmann aufgesucht, welcher angeblich von der Polizeibehörde veranlasst sein soll, sich dort behandeln zu lassen. Dr. H. untersuchte den Dienstmann, welcher über Reissen und Stiche klagte und verabfolgte ihm dann Magnesiumsuperoxyd mit Brausepulver und Dr. O.'s Mentholkampher mit der Bemerkung, das werde schon helfen. Für die Untersuchung und Medikamente zahlte der Dienstmann, welcher überhaupt nicht leidend gewesen sein soll, 8 Mark. Der Sachverständige Dr. B. erklärte gutachtlich, Magnesiumsuperoxyd und Dr. O.'s Mentholkampher fielen unter die Verzeichnisse A und B der Kaiserlichen Verordnung vom 27. Januar 1890 und dürfen daher als Heilmittel nur in Apotheken verkauft werden. Ein weiteres Gutachten hielt die Strafkammer nicht für erforderlich und nahm an, dass sich der Angeklagte nicht nur gegen § 367 (3) des Strafgesetzbuchs und die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890, sondern auch gegen § 16 (4) des Nahrungsmittelgesetzes vergangen, indem Dr. H. im Auftrage des Angeklagten die erwähnten Heilmittel verkauft habe. Gegen diese Entscheidung legte Dr. O. Revision beim Kammergericht ein und bestritt, sich strafbar gemacht zu haben; es handle sich hier nicht um Heilmittel, wenn das Gericht ausser Dr. B. auch den vom Angeklagten vorgeschlagenen Sachverständigen Dr. L. gehört hätte, so wäre die Entscheidung anders ausgefallen. Das Kammergericht wies aber die Revision des Angeklagten in der Hauptsache als unbegründet zurück und machte geltend, § 367 (3) des Strafgesetzbuchs und die Kaiserliche Verordnung vom 27. Januar 1890 sei ohne Rechtsirrthum angewandt worden. Die Rüge, dass Dr. L. nicht als Sachverständiger gehört werden soll, erscheine unerheblich. Es stehe jedoch nicht fest, dass es sich um ein Nahrungsmittel gehandelt habe; § 16 (4) des Nahrungsmittelgesetzes sei daher unzutreffend angewandt worden.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Nobiling-Jankau. Handbuch der Prophylaxe. München 1900 und 1901. Seitz u. Schauer.

Martius: Allgemeine Prophylaxe. 14 S.

In der ihm eigenen formgewandten Darstellungsweise umschreibt der Verfasser die Aufgaben der allgemeinen Prophylaxe im Vergleich zu denen der Hygiene. Der Ersteren fällt die Aufgabe zu, das Entstehen der Krankheit bei dem einzelnen Individuum zu verhüten; ihre vornehmste Pflicht ist es daher, neben der Fürsorge für allgemeine günstige hygienische Bedingungen, die Konstitution des Einzelnen ganz besonders zu berücksichtigen. Der Hygiene fällt die Sorge um das Wohl der Gesammtheit zu.

Fischl: Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters. 76 S.

Nach den verschiedenen Altersgruppen der Kinder werden die wichtigsten Krankheiten besprochen. So mancher Gesichtspunkt, der in den therapeutischen Werken nur oberflächlich behandelt wird, findet hier eine seiner Wichtigkeit entsprechende Beleuchtung; so mancher praktische Wink wird gegeben, wodurch sich besonders der Abschnitt über die Magendarmerkrankungen der Säuglinge auszeichnet.

Einhorn, Mendelsohn, Rosen. Die Prophylaxe in der inneren Medizin. 98 S.

Rosen behandelt die Erkrankungen des Blutes, die Stoffwechsel-, Infektions- und Lungen-Krankheiten: Mendelsohn bespricht die Prophylaxe der Herzkrankheiten; Einhorn die Magendarmkrankheiten.

Gerade in der Prophylaxe der inneren Erkrankungen spielt die Fähigkeit des Arztes, die Disposition des Individuums zu bestimmten Krankheiten frühzeitig zu erkennen und durch gewissenhafte Sorgfalt herabzusetzen, die grösste Rolle. Es ist den Autoren hier gut gelungen, in den einzelnen Kapiteln die Aufmerksamkeit auf die Momente zu lenken, durch die dem Arzt der Ausbruch oder die Verschlimmerung von Krankheiten zu verhüten ermöglicht wird. A. Lazarus.

Hermann Rohleder, Die Prophylaxe der funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates. III. Supplement zu Nobiling-Jankau: Handbuch der Prophylaxe. München 1901.

Rohleder bespricht zunächst die Prophylaxe der Masturbation, deren schädliche Folgen er in übernatürlicher und unnatürlicher Erhitzung der Phantasie, sowie im Gegensatz zur beruhigenden Wirkung des Coitus in einer erhöhten Reizbarkeit mit besonders geistiger Ermattung und moralischer Gemüthsdepression erblickt. Er hält daher eine therapeutische und prophylaktische Beeinflussung dieses Uebels für voll berechtigt. Für die Prophylaxe kommen erstens physiologische im Körper liegende Ursachen, wie allzugrosser Geschlechtstrieb, Haut- oder innere Krankheiten, Sexualleiden, Geisteskrankheiten u. a. in Betracht, zweitens ausserhalb des Körpers liegende Ursachen, wie falsche Erziehung, falsche Ernährung, Kleidung und sexuelle Abstinenz. Die Prophylaxe der erstgenannten Gruppe ist verhältnissmässig leichter, weil hier die Ursachen des Lasters klar durchsichtig sind. Die Prophylaxe der andern Gruppe wurzelt in einer vernünftigen Erziehung durch Haus, Schule und Oeffentlichkeit. Die Ehe ist dagegen nach Verf., ebenso wie der aussereheliche Verkehr kein Therapeutikum und auch kein Prophylaktikum.

Die Prophylaxe der krankhaften Samenverluste, welche Verf. alsdann bespricht, beruht einmal auf Verhinderung unwillkürlicher sexueller Excesse, wie Onanie und Coitus interruptus, sodann auf Vermeidung des Abusus sexualis und schliesslich auf der Heilung der zu Spermatorrhöen führenden Genitalerkrankungen.

Die Prophylaxe der Impotenz, der das nächste Kapitel gewidmet ist, muss nach Verf. eine ätiologische sein. Aetiologisch kommen dabei vier Gruppen in Betracht:

1. Die organische, 2. die psychische, 3. die nervöse und 4. die Impotenz bei Allgemeinerkrankungen. Jede dieser Gruppen wird bezüglich ihrer Prophylaxe speziell besprochen und auch die allgemeine Prophylaxe bei den verschiedenen Impotenzformen eingehend gewürdigt. Den Schluss der Arbeit, welche mit sittlichem Ernst und mit voller, auf grosser Erfahrung beruhender Sachkenntniss geschrieben ist, bildet eine Besprechung der Prophylaxe bei Sterilitas virilis.

R. Ledermann-Berlin.

Loewenstimm, Aug. Kriminalistische Studien. 1901. 201 S. Berlin. Johannes Räde.

Die vorliegende Arbeit des bekannten russischen Kriminalisten zerfällt in zwei Theile.

Der erstere bespricht das Bettelgewerbe mit besonderer Berücksichtigung der russischen Verhältnisse; er verdient unsere besondere Beachtung, weil der Stoff zum Theil einer offiziellen, vom russischen Justizministerium veranlassten Enquete entstammt und weil Verfasser neben der französischen auch die deutsche Literatur ausgiebig benutzt hat. An der Hand des reichlichen Materials bespricht Verfasser in anziehender Form die Bettelei und ihre Gründe, den Einfluss von Ort, Zeit, Geschlecht und Alter, die verschiedenen Typen von Bettlern in Stadt und Land, die Rolle der Kinder sowie die vorbeugenden Massregeln und Strafbestimmungen. Eine wie gefährliche soziale Krankheit das Bettelgewerbe ist, welches in erster Linie auf die Gutherzigkeit der Leute zurückzuführen ist, möge daraus erhellen, dass nach der Schätzung des Verfassers die Bettler aller Kategorien im Jahre an Almosen mindestens 27 Millionen Rubel erhalten. Mit v. Hippel erblickt er ausser in der Vervollkommnung der Armenpflege in der Verurtheilung zum Arbeitshause als der Hauptstrafe das beste Mittel zur Bekämpfung des gewerbsmässigen Bettelns.

Der zweite kleinere, für die Leser dieser Zeitschrift noch interessantere Abschnitt behandelt die Bedeutung des Fanatismus, des Aberglaubens in Fragen des Glaubens, als Quelle von Verbrechen (Mord, Unzucht, Betrug), und gerade hierfür fand Verfasser in Russland reiches Material, wo es eine Unmasse von Sekten giebt mit so bizarren Dogmen, dass das Verbrechen geradezu auf ihrer Fahne geschrieben steht, hat doch das russische Strafgesetzbuch mit einem besonderen Paragraphen darauf Rücksicht genommen! Sicherlich wird man mit dem Verfasser eine psychiatrische Untersuchung der Fanatiker nur befürworten; oft genug werden sich dann die Zurechnungsfähigkeit aufheben oder beeinträchtigende geistige Störungen nachweisen lassen. Auch hier empfiehlt Verfasser warm die Prophylaxe und zwar in der Form einer besseren Volksbildung Ernst Schultze.

Seiffer, W., Das spinale Sensibilitätschema zur Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten. Mit 19 Zinkographieen. Berlin 1901. Aug. Hirschwald. 48 S.

Wenn es bis heute noch kein einheitliches klares Schema der Hautinnervation nach den Rückenmarkssegmenten giebt, während für die peripherischen Nervenerkrankungen ein allgemein acceptirtes Schema der peripheren Nervenvertheilung vorhanden ist, so ist daraus neben anderen, zum Theil in der Materie selbst gelegenen Gründen der Umstand schuld, dass viele Beobachter ihre Sanitätsbefunde nicht genau genug und nicht nach einheitlichen Prinzipien festgestellt und veröffentlicht haben.

Um diesem Uebel zu steuern, veröffentlicht Verfasser unter kritischer Verwerthung der einschlägigen Arbeiten, vorzüglich der von Allen Starr, Thorburn, Head, Kocher und Wichmann, ein „geeignetes, vervielfältigtes Befundschema, in welches die klinischen Sensibilitätsbefunde möglichst genau eingetragen werden können, und in dem Grenzlinien der Spinalsegmentgebiete, soweit irgend thunlich, angegeben sind.“ Um die Einzeichnungen zu erleichtern, verwendet Verfasser Haut- und Skelettpunkte, welche bei allen Menschen leicht erkennbar sind und individuellen Schwankungen möglichst wenig ausgesetzt sind. Eingehend und anschaulich begründet Verfasser die von ihm getroffenen Entscheidungen, und er ist sich dabei aller Reserve wohl bewusst.

Zweifellos wird sich das übersichtliche, bei Aug. Hirschwald erhältliche Schema für die Zwecke der inneren Medizin, Neurologie, Chirurgie, vielleicht auch für gewisse Gebiete der Dermatologie eignen, wie es sich schon seit geraumer Zeit an der Berliner Universitäts-Nervenklinik bewährt hat.

Ernst Schultze.

Tagesgeschichte.

Der Typhus im Ruhrkohlenrevier.

Seit Kurzem herrscht im Kreise Gelsenkirchen eine Typhusepidemie, wie sie furchtbarer wohl in Jahrzehnten im

Deutschen Reiche nicht vorgekommen ist. Gegen 1400 Personen sind erkrankt, gegen 150 sind bereits gestorben. Die Epidemie beschränkt sich in so ausgesprochener Weise auf das Gebiet eines einzigen Wasserleitungsnetzes, dass von vornherein eine Verseuchung des Trinkwassers als Ursache der Epidemie gegeben war. Wie aber die Krankheitskeime in das Wasser gelangt sind, darüber herrscht noch nicht volle Einigkeit. Der zuständige Regierungs- und Medizinalrath Dr. Springfeld leitet die Verseuchung von einem Rohrbruch ab, der dicht vor einem Hause sich ereignete, welches kurz vorher Typhuskranke beherbergt hatte. In der ziemlich erheblichen Ueberschwemmung, welche das aus dem Rohre austretende Wasser verursacht hat, soll eine weite Verbreitung mitgeschwemmter Typhuskeime in die Umgebung des Hauses stattgefunden haben. Der plötzliche Ausbruch der Epidemie am 12. und 13. September würde, da die Inkubationszeit des Typhus etwa vier Wochen betrage, zu dieser Annahme vortrefflich stimmen. Nun bringt aber neuerdings der Gelsenkirchener Arzt, Sanitätsrath Dr. Lindemann, eine andere Erklärung, die den Vorzug der Einfachheit vor der Springfeld'schen voraus zu haben scheint. Dr. L. berichtet, dass ein Filterrohr in Gelsenkirchen direkt aus der Ruhr in den Schöpfbrunnen der Wasserleitung führt und dass unweit der Pumpstation der Wasserleitung die Abwässer des Ortes Königssteele in die Ruhr geleitet werden. Wenn nun, durch grosse Regenmassen, ungewöhnliche Mengen von Abfallstoffen der Ruhr zugeführt werden, wie es am letzten August und 1. September geschehen ist, so kann allerdings eine Verseuchung des Leitungswassers durch Vermittlung jenes direkten Verbindungsrohres stattgefunden haben.

Wie man sieht, nehmen Springfeld und Lindemann die Inkubationszeit des Typhus sehr verschieden lang an, der Eine zu ungefähr vier Wochen, der Andere zu ungefähr vierzehn Tagen. Die letztere Frist gilt wohl im Allgemeinen als die bei weitem häufigere.

In praktisch-hygienischer Beziehung scheint die Epidemie eine historische Bedeutung nach mehreren Richtungen zu gewinnen. Zunächst bildet sie ein Beispiel dafür, wie eine etwa 300 Kilometer lange Wasserleitung in einem Industriebezirk, wo eine Absperrung der Wasserleitung ohne schwerste Schädigung wichtiger Interessen nur höchstens auf Stunden möglich ist, vollständig desinfizirt werden kann. Es wurde zur Nachtzeit in den Sammelbrunnen des Wasserleitungsnetzes sechzigprozentige Schwefelsäure in der Weise eingegossen, dass die Lösung im Allgemeinen zwei pro Mille nicht überschritt. Im Hochbassin wurde alle fünf Minuten die Mischung kontrolirt. Durch die Säure wurden von den Wänden der Leitungsrohre ungeheure Schmutzmengen abgelöst, am nächsten Tage war das Wasser wieder rein und konnte von da an in hygienischer Beziehung als unbedenklich gelten.

Neuartiger als diese Vorkehrungen, welche immerhin in ähnlicher Weise schon früher in Beuthen O. S. getroffen worden sind, ist eine Institution, welche zwar schon seit einigen Monaten im Regierungsbezirk Arnsberg besteht, aber jetzt erst gewissermassen ihre Feuerprobe zu bestehen hat. Wir meinen die von Springfeld ins Leben gerufene Institution der „Gesundheitsaufseher“.

Am 6. Mai dieses Jahres erliess die Arnsberger Regierung eine Dienstordnung für Desinfektoren und Gesundheitsaufseher. Der Gedankengang dieser Dienstordnung ist der, dass die männlichen und weiblichen Desinfektoren gleichzeitig auch Gehilfen des Kreis-Medizinalbeamten in der Durchführung der übrigen gesundheitspolizeilichen Forderungen sein sollen. Sie sollen von dem zuständigen Kreisarzt ausgebildet und schliesslich einer Prüfung unterworfen werden, in der sie nicht blos zeigen müssen, dass sie theoretisch und praktisch über die Desinfektion Bescheid wissen, sondern auch die gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten kennen und selbst im Stande sind, eine Wohnung, einen Brunnen u. s. w. von hygienischen Gesichtspunkten aus zu revidiren. Als Hauptaufgabe dieser Gesundheitsaufseher war von vornherein die Unterstützung des Kreisarztes bei der Seuchenbekämpfung vorgesehen. Sie wurden zu diesem Zwecke mit einer ausführlichen Instruktion versehen, welche vom Medizinalrath Dr. Hensgen in Siegen in amtlichem Auftrage in Buchform herausgegeben worden ist (Leitfaden für Desinfektoren, Berlin 1901, Verlag von Richard Schoetz). Man kann gewiss im Zweifel darüber sein, ob diese kühne Heranziehung des Laienelements im weitesten Umfange zur Aufrechterhaltung gesundheitspolizeilicher Vorschriften auf die Dauer nicht zu bedenklichen Unzuträglichkeiten führen wird — näher hierauf einzugehen würde heute zu weit führen —, jedenfalls aber hat die Einrichtung der Gesundheitsaufseher bei der Gelsenkirchner Epidemie augenscheinlich die Ausführung der als nothwendig erachteten Massregeln sehr erleichtert. Die Zahl der Aufseher („Seuchenwärter“), zu denen noch eine weitere Kategorie unter dem Namen Latrinenwärter trat, musste natürlich wesentlich vermehrt werden.

Gegenwärtig scheint die Epidemie stark im Rückgange zu sein. In der Woche vom 2. bis 9. November betrug die Zahl der Kranken im Ganzen noch etwa 1200, die Zahl der Todesfälle 20.

Zur Schulhygiene.

Die Einrichtung der Schulärzte hat sich laut amtlichen Nachrichten auch in Frankfurt a. M. vorzüglich bewährt. Die Thätigkeit der Schulärzte erstreckte sich hauptsächlich einerseits auf die Untersuchung neu eingetretener Schüler, andererseits auf die regelmässige Abhaltung von Sprechstunden in Abständen von vierzehn Tagen.

3022 Kinder wurden neu untersucht, nur in 28 Fällen verweigerten die Eltern die Erlaubniss zur Untersuchung. In den Sprechstunden wurden vielfach Krankheiten festgestellt, die den Eltern dann angezeigt wurden. Ansteckende Krankheiten traten nur wenig auf. Ungeziefer wurde besonders an Mädchen in erschreckender Häufigkeit beobachtet. Für die Lehrer waren die ärztlichen Sprechstunden eine werthvolle Gelegenheit um sich darüber zu unterrichten, wie weit als Ursache ungenügender Leistungen gesundheitliche Gebrechen anzunehmen sein.

Ein besonderes Verfahren wird eingeschlagen, wenn es sich um die Einweisung schwach begabter Kinder in die für solche bestimmte Hilfsschule handelt. Hier füllen zunächst der Klassenlehrer des Kindes und der Schularzt der betreffenden Schule einen Fragebogen aus, dann geht der Antrag an eine aus dem Stadtarzt, dem Schularzt der Hilfsschule und einem Lehrer derselben bestehende Kommission.

Die Schulärzte wirken ferner noch mit bei der Auswahl der Kinder für die Ferienkolonien, für Vergünstigungen durch wohlthätige Vereine und bei der Berathung der austretenden Schüler in Bezug auf die Berufswahl.

Unfallversicherungsgesetz in den Niederlanden.

Das im Beginn dieses Jahres in Kraft getretene niederländische Unfallgesetz umfasst von vornherein einen sehr grossen Theil aller Arbeiter. So sind versicherungspflichtig alle Betriebe, welche Kraftmaschinen verwenden, diejenigen, welche Explosivstoffe herstellen, die Baugewerbe, die Bergwerke, die Erdarbeit, die grossen Verkehrsunternehmungen, die Gas- und

Wasserwerke, die Werften, die Hafen- und Dockarbeiten, die Brennereien, Fleischereien u. s. w., sowie ein Theil der Schifffahrt und Fischerei. Ausgeschlossen ist die Land-, Garten- und Forstwirthschaft und derjenige Theil der Schifffahrt und Fischerei, dessen Arbeiter schon durch das Handelsgesetz genügend gesichert sind.

Eine Staatsversicherungsanstalt in Amsterdam hat die Vorschriften des Gesetzes auszuführen. Das Direktorenkollegium setzt sämmtliche Unfallentschädigungen fest. Als Berufungsinstanzen sind Appellationshöfe und ein National-Appellhof vorgesehen. Als ganz neuartige Einrichtung sollen Lokalkommissionen geschaffen werden, in denen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Theilen vertreten sind, während den Vorsitz ein Unbetheiligter führt. Diese Lokalkommissionen haben zu prüfen, ob es gerechtfertigt erscheint, gegen die Entscheidungen der Versicherungsanstalt Berufung einzulegen, und sind befugt, selbständig vorzugehen.

Die Unfallentschädigung tritt drei Tage nach erlittenem Unfall in Kraft, falls der Verletzte noch nicht wieder arbeitsfähig ist. Sechs Wochen lang erhält der Verunglückte siebzig Prozent seines regelmässigen Tagelohnes. Von da ab wird die Rente dem Grade der vorhandenen Erwerbsbeschränkung angepasst. Die Vollrente beträgt siebzig Prozent, soweit aber der frühere Tagelohn vier Gulden (Mark 6,80) übersteigt, wird der Ueberschuss nicht in Anrechnung gebracht.

Die Kosten der Versicherung werden von den Arbeitgebern getragen, welche ihre Verpflichtung hierzu in dreifacher Weise erfüllen können: entweder sie zahlen an die Versicherungsanstalt Beiträge, die nach einem bestimmten Gefahrentarif berechnet werden oder sie leisten die Rentenzahlung selbst oder durch Vermittelung einer Versicherungsgesellschaft.

Mittheilungen der Landesversicherungsanstalt Berlin.

Nach den amtlichen Mittheilungen der Landesversicherungsanstalt Berlin waren in den ersten drei Vierteljahren 1901 die neu erhobenen Invalidenrentenanträge viel zahlreicher als im entsprechenden Zeitraum des Vorjahres; sie sind von 2623 auf 3286, also um rund 25 v. H. gestiegen. Die Zahl der bewilligten Renten betrug 2858 (1900 2550); abgelehnt sind 213 (187), anderweit erledigt 43 (92), noch nicht erledigt 387 (168). Bei den Altersrenten macht sich im Gegensatz zu den Invalidenrenten bei den neueingebrachten Anträgen (310 gegen 317) und noch mehr bei den bewilligten Renten (274 gegen 306) ein Rückgang gegen das Vorjahr bemerkbar, was um so auffälliger ist, als man der Annahme sein konnte, dass Lehrer, Lehrerinnen und sonstige seit 1890 in die Versicherung neu hineingezogenen Personen von den günstigen Uebergangsbestimmungen zur Erlangung einer Rente Gebrauch machen würden.

Schlagwetter-Explosionen und Erstickungen in preussischen Steinkohlenbergwerken.

Von amtlicher Seite wird berichtet, dass im Jahre 1900 in den Steinkohlenbergwerken des Königreichs Preussen 59 Schlagwetter-Explosionen vorgekommen sind, von denen 13 den Tod von Personen, 42 nur Verletzungen, 4 weder das Eine noch das Andere im Gefolge hatten. 19 Arbeiter starben, 24 wurden schwer und 72 leicht verletzt. In 28 Fällen waren die Verunglückten selbst und allein durch Nichtbeachtung von Schutzvorschriften an dem Unglück Schuld, in 6 weiteren fiel die Schuld ganz oder theilweise Mitarbeitern oder Beamten zu. 13 Mal hatte Schiessarbeit die Entzündung der Gase verursacht.

Erstickung in schlagenden Wettern ist im Jahre 1900 nicht vorgekommen. Schon seit 1898 einschliesslich fehlt diese Art der Verunglückung in der Statistik ganz.

Bleivergiftung bei Aichungsbeamten.

Der Aichungsinspektor für die Provinz Sachsen theilt einen Fall mit, in dem ein bei der Berichtigung eiserner Gewichte lange Jahre thätiger Aichbeamter sich eine schwere Bleivergiftung zugezogen hat. Der Inspektor hat daraufhin Schutzbestimmungen erlassen, welche in der üblichen Weise dazu dienen sollen, ähnlichen Vorkommnissen vorzubeugen (Waschungen, Verbot des Essens im Aichraum, zweckmässige Wandanstriche, dichte Fussböden, täglich feuchtes Aufwischen. Der Minister für Handel und Gewerbe ersucht durch Runderlass auch die Aichungsinspektoren der übrigen Provinzen, ähnliche Vorschriften zu erlassen.

Körperverletzung durch Oleum Lauri.

Wegen fahrlässiger Körperverletzung, und zwar unter Ausserachtlassung derjenigen Aufmerksamkeit, zu welcher er vermöge seines Berufes als besonders verpflichtet angesehen wird, hatte sich am 14. Oktober ein 26 Jahre alter Handlungsgehilfe vor der III. Strafkammer des Hamburger Landgerichts zu verantworten. Als Angestellter in einer dortigen Detaildrogerie hatte er einem jungen Mädchen, das daselbst im Auftrage ihrer Mutter, die an rheumatischen Schmerzen im Arm litt, Nervensalbe zum Einreiben forderte, anstatt „Unguentum nervinum“, das wahrscheinlich gemeint war, Oleum Lauri verkauft. Als die Frau sich damit einrieb, übte die Salbe einen solchen Reiz auf die Haut aus, dass sich dieselbe röthete und ein leichter Ausschlag sich bildete, sodass die Frau sich veranlasst sah, die Hilfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen. Der als Sachverständiger vernommene *Physikus* erklärte das Lorbeeröl für ein die Haut stark reizendes Mittel. Der Staatsanwalt sah eine bedeutende Fahrlässigkeit des Angeklagten als vorliegend und beantragte gegen ihn eine Geldstrafe von 100 Mark event. 10 Tage Gefängniss. Der Gerichtshof sprach den Angeklagten jedoch frei!

(Pharmac. Gen.-Anz.

Gesundheitsgefahr durch Schultinte.

Nachstehenden beachtenswerthen Erlass über die Gefährlichkeit der Schultinte hat die Regierung in Minden kürzlich ergehen lassen: „Durch bakteriologische Untersuchungen ist festgestellt, dass sich in den meisten Tinten Schimmelpilze und andere gesundheitsschädliche Bakterien massenhaft vorfinden, namentlich in solchen, die nach jedesmaligem Gebrauch nicht sogleich wieder zugedeckt werden. Kleine Thiere, wie Meerschweinchen, Mäuse und Ratten etc., denen solche Bakterien eingeimpft wurden, gingen schon nach wenigen Tagen zu Grunde. Hieraus erklären sich die traurigen Vorkommnisse, wo unbedeutende Stiche mit einer in Tinte getauchten Feder Blutvergiftungen und den Tod der betreffenden Person zur Folge hatten. Viele Kinder haben nun die üble Gewohnheit, die Tintenfeder in den Mund zu nehmen und sogar abzulecken, wodurch die Pilze und Bakterien durch den Speichel in den Magen gelangen und dort, wenn auch direkt keine Blutvergiftung, so doch den Keim zu Erkrankungen verursachen. Andere denken, wenn sie in der Schule oder zu Hause einen Tintenklex ins Heft gemacht haben, die Sache dadurch in Ordnung zu bringen, dass sie ihn sogleich ablecken“. In dem Erlass wird schliesslich vor solcher der Gesundheit nachtheiligen Verwendung der Tinte dringend gewarnt.

(Voss. Zeitung.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 84).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 23. Ausgegeben am 1. Dezember.

Inhalt:

Berufsgeheimniss (§ 300 St. G. B.) und Psychiatrie.

Von
Prof. Dr. **Gustav Aschaffenburg**,
leitendem Arzt der Beobachtungsabtheilung für geisteskranke Verbrecher in Halle a./S.

(Nach einem auf der VII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Jena am 20. Oktober 1901 gehaltenen Vortrage.)

Unter den vielen sich auf die ärztliche Berufsthätigkeit beziehenden Gesetzen, deren Tendenz eine sehr verständige ist, deren praktische Handhabung aber zu den grössten Schwierigkeiten führt, ist der § 300 unseres Strafgesetzbuches von besonderer Wichtigkeit:

§ 300. Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Vertheidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu eintausendfünfhundert Mark oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

Nach den allgemein giltigen Anschauungen dürfte sich der Inhalt des Paragraphen, soweit er uns angeht, ganz kurz dahin zusammenfassen lassen: Alles, was ein Arzt in seinem Berufe beobachtet, ist als strenges Geheimniss zu bewahren. Der Ausdruck anvertrauen ist nämlich durchaus nicht so zu verstehen, als ob nur solche Dinge damit gemeint wären, die der Kranke dem Arzte in privatem Zwiegespräche mittheilt. Für solche unmittelbar anvertrauten Geheimnisse versteht sich die Pflicht der Geheimhaltung ebenso von selbst, wie bei den Wahrnehmungen gelegentlich der Ausübung des Berufes, an deren Geheimhaltung der Kranke ein erkennbares Interesse hat. Diese Anschauung vertritt Olshausen[1]) und das Reichsgericht. Wenn also ein Arzt wegen einer Kniegelenksentzündung zu einer Frau gerufen wird und feststellt, dass die Erkrankung auf eine Gonorrhoë des Mannes zurückgeführt werden muss, oder wenn er bei einer Metritis die Spuren eines kriminellen Abortes findet, so bedarf es keiner weiteren Verpflichtung zum Stillschweigen; hier kann kein Zweifel darüber obwalten, wie gross das Bedürfniss der Familie ist, das Geheimniss gewahrt

[1]) Olshausen. Kommentar zum Strafgesetzbuch für das deutsche Reich. 6. Aufl. Berlin, Franz Vahlen, 1901, S. 1151.

zu sehen. Gleichwohl stehen mehrere Autoren wie Liebmann[2]) und Mittermaier[3]) auf dem Standpunkt, dass für den Arzt Alles als anvertraut gilt, was er in seinem Berufe wahrnimmt. Ich muss mich dieser Ansicht anschliessen; die durchaus subjektive Beurtheilung, ob der Kranke ein Interesse an der Geheimhaltung hat oder nicht, würde der Willkür Thür und Thor öffnen. So war Dupuytren[4]) im Rechte, als er auf eine polizeiliche Anfrage erwiderte: „Je n'ai pas vu d'insurgés dans mes salles d'hôpital, je n'ai vu que des blessés", und der Berliner Arzt, der den Mörder des Justizrathes Levi in Berlin anzeigte, als dieser sich zum Verbinden bei ihm einfand, im Unrecht.

Natürlich bezieht sich die Schweigepflicht nur auf das, was in unmittelbarem, ursächlichem Zusammenhange mit der Berufsausübung steht.

Ein zufälliges Wahrnehmen von Dingen, die sich nicht direkt oder indirekt auf den Kranken beziehen, gehört nicht hierher. Um ein ganz klares Beispiel zu nehmen: Ein Arzt, der auf dem Wege zu einem Kranken einen Einbrecher beobachtet, wird daraus kein Geheimniss machen. Er hat das nicht kraft seines Berufes, sondern lediglich als Privatperson wahrgenommen. Wenn er aber feststellt, dass eine Verwundung gelegentlich eines Einbruchsdiebstahles erworben wurde, so gehört diese Feststellung zu den beruflich anvertrauten Geheimnissen.

Auch der Ausdruck Privatgeheimniss ist nicht sehr klar. Er umfasst vor Allem die direkten mündlichen Mittheilungen des Kranken und seiner Angehörigen mit all ihren zahlreichen Intimitäten; im Weiteren alle im vorher erörterten Sinne anvertrauten Wahrnehmungen. Hier gilt erst recht das Bedenken, das einer subjektiven Schätzung des Interesses an der Geheimhaltung entgegensteht. Wenn z. B. ein Paralytiker einen unsinnigen Hauskauf macht, so könnte das Interesse des Kranken die öffentliche Feststellung seiner Erkrankung und damit die Ungiltigkeitserklärung für den Kauf gradezu wünschenswerth erscheinen lassen. Und doch wird oft genug in solchen Fällen der Kranke mit seiner Familie aus sentimentalen Rücksichten lieber den Schaden tragen wollen als die Erkrankung offenbart wissen. — Auch scheinbar harmlose Dinge können unter Umständen beim Bekanntwerden von grosser Bedeutung sein, die der Arzt nicht immer richtig beurtheilen kann. Wir werden also gut daran thun, den Begriff „Privatgeheimniss" so weit als möglich aufzufassen und im Verein mit dem besprochenen Ausdrucke „anvertrauen" ihm Alles das unterzuordnen, was wir von nicht bereits öffentlich bekannten Dingen in Ausübung unseres Berufes wahrnehmen.

Auch die Ausdrücke „unbefugt" und „offenbaren" bedürfen der Erklärung. Offenbaren ist nicht gleichbedeutend mit veröffentlichen. Es genügt zur Begriffsbestimmung schon allein die Mittheilung an eine zweite Person. Es kommt gar nicht auf die Grösse des Kreises an, dem der Arzt die Angelegenheiten seines Kranken mittheilt, sondern nur auf die Mittheilung selbst. In dem Falle Mittermaier's[5]) entspricht die zum Zwecke der Honorarforderung dem Anwalte gemachte Angabe der nothwendigsten Einzelheiten bereits dem Begriff der Offenbarung, während es fraglich ist, ob diese Offenbarung als unbefugt zu gelten hat. Unbefugt aber würde die Mittheilung an die Frau des Arztes sein.

[2]) Liebmann. Die Pflicht des Arztes zur Wahrung anvertrauter Geheimnisse. Frankfurt. 1886. S. 15.

[3]) Mittermaier. Gutachten über § 300 R. St. G. B. Zeitschrift für die gesammte Strafrechtswissenschaft. 1901. Bd. XXI. S. 201.

[4]) Citirt bei Placzek. Das Berufsgeheimniss des Arztes. 2. Aufl. Leipzig. Georg Thieme. 1898. S. 85.

[5]) a. a. O. S. 216.

Der Arzt, der der Mutter eines ihn wegen Ausbleiben der Menstruation konsultirenden Mädchens die bestehende Schwangerschaft eröffnet, kann ziemlich sicher sein, das Geheimniss seiner Klientin nicht weiter verbreitet zu sehen — und doch ist es ein Offenbaren.

Sogar der Fall ist eine Zuwiderhandlung gegen den § 300, wenn der Arzt über eine Angelegenheit spricht, die bereits allgemeines Stadtgespräch bildet. Durch seine Indiskretion kann aus einem Gerüchte eine für den Kranken und dessen Familie unerfreuliche Gewissheit werden; wenn es auch kaum in solchen Fällen zur Anklage kommen dürfte, korrekter ist jedenfalls die Ablehnung auf die meistens recht müssigen Fragen.

Was aber ist unbefugt? Auch darüber gehen die Meinungen der Kommentatoren weit auseinander. Nach den Motiven zum Strafgesetzbuch bedarf es nicht der Absicht, durch den Bruch des Berufsgeheimnisses Jemandem zu schaden. Es genügt schon das Bewusstsein der Rechtswidrigkeit. Ob das Delikt überhaupt fahrlässiger Weise begangen werden kann, ist nicht unbestritten. Placzek[6]) lehnt die Möglichkeit, wenn auch nicht sehr entschieden, ab. Dem kann ich nicht beipflichten. Wenn ich genaue Notizen über eine diskret zu behandelnde Krankheit auf meinem Schreibtische offen liegen lasse und durch diese Fahrlässigkeit zum Bekanntwerden, etwa durch die Indiskretion eines Dienstboten, Anlass gebe, so erfülle ich den Thatbestand des § 300; und mit voller innerer — meiner Ansicht nach auch gesetzlich erforderlicher und möglicher — Berechtigung müsste die Bestrafung erfolgen.

Unbefugt ist nicht identisch mit unberechtigt; dagegen spricht der Sprachgebrauch. Mittermaiers[7]) Lösung der Schwierigkeit, befugt als „den anerkannten Standes*pflichten* entsprechend" aufzufassen, ist unbefriedigend; wie er selbst meint, dürfte es nicht immer leicht auszulegen sein, da diese Pflichten so wenig klar geregelt sind. Meiner Ansicht nach ergiebt der Gegensatz zwischen Privatgeheimniss und unbefugt, dass man unter der Befugniss nur die Erlaubniss verstehen darf, innerhalb der von dem Anvertrauenden gegebenen Grenzen dessen Geheimnisse zu offenbaren.

Eine Ausnahme macht nur der § 139 St. G. B.:

„Wer von dem Vorhaben eines Hochverrathes, Landesverrathes, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntniss erhält und es unterlässt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch begangen worden ist, mit Gefängniss zu bestrafen."

Hier handelt es sich um den Zwang zur Offenbarung, bei dem die Wichtigkeit der gefährdeten öffentlichen Interessen die Ausnahme begreiflich und nothwendig macht, um so mehr, als es sich hier um die Möglichkeit der Vorbeugung handelt. Dieser Fall ist der einzige, bei dem das Strafgesetzbuch eine Anzeige nicht nur für gestattet, sondern für nothwendig erachtet. Allerdings bestehen daneben noch eine Anzahl landesgesetzlicher Bestimmungen, meist aus alten Zeiten, die bei kriminellen Handlungen die Mittheilung an die Behörden erzwingen. So legt das Badische Polizei-Strafgesetzbuch den Aerzten die Verpflichtung auf, „der Ortspolizeibehörde die ihnen bei Ausübung ihres Berufes bekannt werdenden gewaltsamen Todesfälle, lebensgefährlichen Körperverletzungen, Ver-

[6]) a. a. O. S. 13.

[7]) a. a. O. S. 223.

giftungen, Verbrechen wider das Leben mitzutheilen. Aehnliche Verordnungen bestehen in Bayern, Mecklenburg-Schwerin in der neuen Medizinalverordnung vom 18. Februar 1830 (!), in Braunschweig, Sachsen-Coburg-Gotha und Bremen. [8])

Ein unlösbarer Widerspruch besteht zwischen diesen landesgesetzlichen Forderungen der Durchbrechung des Berufsgeheimnisses im Interesse der Strafrechtspflege und den Fällen, in denen eine Offenbarung zulässig ist.

Ich meine die Fälle, in denen ein Arzt gerichtlich zu Aussagen über Dinge veranlasst wird, die in das Gebiet des Berufsgeheimnisses fallen. Nach der allgemeinen Ansicht der Juristen (Olshausen, von Liszt) ist der Arzt unter solchen Umständen berechtigt, Zeugniss abzulegen. Berechtigt, aber nicht verpflichtet. Der § 52 der St. P. O.[9]) und der § 383 [5] der Civilprozessordnung [10]) berechtigen uns, unsere Aussagen zu verweigern, wenn wir annehmen, dass wir durch dieselben gegen den § 300, oder, was wichtiger ist, gegen unsere Pflichten dem Kranken gegenüber verstossen. Vorausgesetzt natürlich, dass uns der Anvertrauende nicht von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbindet.

Aus diesem Rechte, vor Gericht, also an wichtigster Stelle, unser Zeugniss zu verweigern, geht hervor, welch hohen Werth der Gesetzgeber der Wahrung des Berufsgeheimnisses zumisst. Wie aber steht es mit der alltäglich geübten Praxis? Ein Geisteskranker wird durch seine Angehörigen einer Irrenanstalt zugeführt. Der Direktor der Anstalt überzeugt sich von der Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung und nimmt den Kranken auf. Er muss aber in Preussen — mit geringen Abweichungen ist das in den andern Staaten Deutschlands ebenso — dem Landesdirektor, dieser dem zuständigen Vormundschaftgericht und, falls der Kranke nicht entmündigt ist, der Staatsanwaltschaft Anzeige machen. Die anzustellenden Nachforschungen über den Unterstützungswohnsitz und nach der Zahlungsverpflichtung erweitern den Kreis derer, die um die psychische Erkrankung wissen. Wenn auch alle die Personen, die bei diesen Nachforschungen betheiligt sind, der gleichen Pflicht zur Wahrung des Berufsgeheimnisses unterstehen, so bedarf es doch keines Wortes, dass ein Geheimniss, das so Vielen bekannt ist, kein Geheimniss mehr bleibt auch jenseits des Kreises derer, die offiziell davon erfahren.

Würden die Psychosen als das angesehen, was sie sind, spielten nicht immer noch die alten Vorurtheile ihre traurige Rolle, wären die mittelalterlichen Vorstellungen des Besessenseins ganz überwunden, so wäre das Unglück nicht gross. So aber hält das Volk und halten die Gebildeten noch immer eine geistige Erkrankung für etwas, das verheimlicht werden muss. Das Bekanntwerden ruft die unangenehmsten Empfindungen in der Familie wach. Jeder Arzt an einer Anstalt mit Anzeigeverpflichtung weiss, welchen Werth die Angehörigen darauf legen, dass nichts in die Oeffentlichkeit dringt. Unser Wunsch geht mit dem der Familie auseinander. Wir bestreben uns, den Irrenanstalten den Charakter des Geheimnissvollen zu nehmen; der Zwang zur Geheimhaltung aber nährt die Vorurtheile gegen die Irrenanstalten und erschwert uns den Kampf.

Die Mittheilung an die Behörden ist nach juristischer Anschauung nicht unbefugt, also auch nicht strafbar. Praktisch haben wir demnach keine Schwierigkeiten zu befürchten. Wir dürfen aber nicht ohne Weiteres daran vorübergehen, wie widersprechend hier die Gesetzgebung ist. In den wichtigsten Fällen des Straf- und Civilrechtes sind wir zur Verschwiegenheit berechtigt, und jedem Polizeiorgane, jeder Ortsbehörde geben wir Auskunft!

Theoretisch sehr einfach, praktisch aber ungemein schwierig regelt sich unser Verhalten bei Anfragen theilnehmender Verwandten. Es ist ja nicht immer leicht, zu unterscheiden, wie weit berechtigte Antheilnahme, wie weit einfache Neugier, oft auch direkte, den Kranken schädigende Interessen die Fragestellung veranlassen. Korrekt und bequem ist die Verweigerung jeder Auskunft an Alle, die nicht von dem Vertreter des Kranken, dem Vormunde oder dem den Aufnahmeantrag stellenden Verwandten autorisirt sind. Immerhin habe ich es oft sehr peinlich empfunden, wenn entferntere Angehörige von weither zu Besuchen kamen, ohne vorher die Ermächtigung seitens des Vertreters eingeholt zu haben. Eine Zulassung zu dem Patienten ist sicher nicht ganz korrekt, und doch wäre es oft grausam, sich auf den Rechtsstandpunkt zu stellen.

Der ernste Konflikt aber, in den wir gerathen, wenn es sich um die Verheirathung eines Erkrankten handelt, ist nicht durch das Gesetz zu lösen. Wenn uns der Vater eines mit einem Paralytiker verlobten Mädchens um Auskunft bittet, ob die Heirath zu gestatten sei, so verbietet uns das Gesetz, zu reden. Schweigen wir aber, so übernehmen wir eine geradezu ungeheuerliche Verantwortung. Der Kranke wird sich, zumal in einer Remission, nicht leicht zum Verzicht auf die Heirath bewegen lassen. Die Folge unseres Schweigens wäre eine Ehe, in der die Frau von der ersten Stunde an einen siechen Mann zu pflegen hat.

Nach kurzer Zeit wird sie Wittwe. Die Ehe ist rechtlich (§ 1325 B. G. B.) ungiltig. Wenn nun pekuniäre Gründe die Familie des Paralytikers veranlassen, die Giltigkeit der Ehe anzufechten, so wird die Folge sein, dass die Ehe als Konkubinat, die Kinder als unehelich aufgefasst werden. Dazu möchte wohl kaum ein Irrenarzt die Hand bieten. Da, wo ex officio jeder unheilbar Geisteskranke entmündigt wird — nebenbei kein wünschenswerthes Verfahren —, wird ja das Unheil zu verhüten sein. Wenn aber alle andern Mittel versagen, würde ich keine Bedenken tragen, gegen den § 300 bewusst zu verstossen. Die Bestrafung könnte der Richter, falls ein Antrag auf Strafverfolgung gestellt wird, nicht umgehen; sie würde aber wohl sehr milde ausfallen und, wie sie auch ausfiele, sie wäre leichten Herzens zu ertragen.

Eine Frage von ganz besonderer Wichtigkeit ist die Begutachtung von Verstorbenen. Nicht selten veranlasst ein Testament wegen seiner sonderbaren Bestimmungen einen Rechtsstreit der Hinterbliebenen. Der Psychiater wird aufgefordert, ein Gutachten abzugeben, ob der Betreffende zur Zeit der Abfassung des Testamentes im Zustande geistiger Gesundheit gewesen sei. Die Schwierigkeit einer solchen Beurtheilung kann hier bei Seite gelassen werden. Wie aber

[8]) Rapmund und Dietrich. Aerztliche Rechts- und Gesetzkunde. Leipzig. Georg Thieme. 1898. S. 115.

[9]) Strafprozessordnung § 52. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt:

3. Aerzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist.

§ 76. Dieselben Gründe, welche einen Zeugen berechtigen, das Zeugniss zu verweigern, berechtigen einen Sachverständigen zur Verweigerung des Gutachtens.

[10]) Civilprozessordnung: § 348. Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt:

5. Personen, welchen Kraft ihres Amtes, Standes, Gewerbes Thatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschriften geboten ist, im Interesse der Thatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.

Die Vernehmung der unter 5 bezeichneten Personen ist, auch wenn das Zeugniss nicht verweigert wird, auf Thatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, dass ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugniss nicht abgelegt werden kann.

steht es mit der Berechtigung? Der Kranke selbst ist todt und kann uns nicht von der Wahrung des Berufsgeheimnisses entbinden; derjenige, der uns den Kranken anvertraute, hat gute Gründe, dies nicht zu thun. Ein so guter Kenner des Berufsrechtes wie Placzek[10]) sowie das Urtheil eines französischen Gerichtes[11]) und die Berathungen der Pariser société de médecine légale stimmen darin überein, dem Arzt das Recht der Begutachtung abzusprechen. Auch hier bin ich anderer Meinung. Placzek billigt zwar auch den „humanen Kern der Gegengründe", ohne aber, wie bei anderer Gelegenheit, der sozialen Pflicht den Vorzug gegenüber dem gesetzlichen Zwange zu geben. Ich meine, in solchen Fällen kann nur die Verhütung eines Unrechts unsere Aufgabe sein. Und das geschieht jedesmal, wo die krankhafte Störung eines Testirenden die Abfassung eines Testamentes bestimmte. Das ist doch wichtiger, als die Berufung auf das Berufsgeheimniss einem Todten gegenüber.

Ich kann mir auch nicht gut vorstellen, wie eine Bestrafung zu Stande kommen soll, da bei dem § 300 stets ein Antrag nothwendig ist. Wenn wir bei unseren Bekundungen diejenigen Angaben bei Seite lassen, die uns von dritter Seite mitgetheilt wurden, fehlt es ganz an einem Antragsteller. Ich betone aber ausdrücklich, dass nicht diese Möglichkeit, der Bestrafung zu entgehen, meine Ansicht bestimmt, dass wir berechtigt sind, ein Gutachten über einen Verstorbenen abzugeben, sondern die Nothwendigkeit, Unrecht zu verhüten.

Auf eine rechtliche Schwierigkeit möchte ich aufmerksam machen, die nicht genug bekannt zu sein scheint, jedenfalls nicht ausreichend gewürdigt wird. Ganz unbedenklich werden alltäglich zahlreiche Kranke einem grossen Hörerkreise vorgeführt, unter gleichzeitiger Darlegung von intimen Einzelheiten, die sich ausser auf den Kranken auch auf deren Familien beziehen. Wir setzen die Zustimmung des Kranken zu diesen Mittheilungen stillschweigend voraus, insofern mit Unrecht, als ja ein psychisch Kranker eigentlich keine rechtsgiltige Willenserklärung abgeben kann. Doch weiss die Familie, die einen Kranken einer Klinik zuweist, dass der Kranke auch zum Unterrichte benutzt wird; ich habe eine Weigerung nie erlebt, und wenn je ein Versuch dazu gemacht wurde, so genügte ein verständiges Auseinandersetzen der Gründe, um die Zustimmung zu erwirken. Ein striktes Ablehnen der Erlaubniss zur Demonstration seitens der Familie dürfen wir aber nicht missachten. Die Weigerung des Kranken zu berücksichtigen, gebietet ja ohnedies schon die ärztliche Rücksicht auf eine möglicher Weise eintretende Schädigung. Ganz allgemein darf man wohl behaupten, dass eine mit Zustimmung des Kranken erfolgende klinische Besprechung keinerlei schädigenden Einfluss hat und ferner, dass es vielen Kranken geradezu ein Wunsch ist, sich vor einer grösseren Zuhörerschaft auszusprechen, die meisten gleichgiltig, dass aber kaum je die Bitte ausgesprochen wird, mit der Vorführung verschont zu werden. Diese scheinbar aus dem Rahmen des Themas herausfallende Bemerkung ist deshalb von Bedeutung, weil oft theoretische Bedenken gegen klinische Demonstrationen laut werden, die nach allgemeiner Erfahrung unbegründet sind.

Die stillschweigende oder ausdrückliche Genehmigung der Angehörigen ist in Irrenkliniken deshalb von grösserer Wichtigkeit, als in andern, weil die Thatsache der geistigen Erkrankung, wie erwähnt, immer noch als eine Art Makel gilt; dann aber auch, weil in die psychiatrischen Kliniken oft genug den Hörer nicht nur der Wunsch, zu lernen, führt. Oft drängen sich auch Laien und Neugierige hinein; dann erscheinen in Tagesblättern dem sensationslüsternen Publikum zur Freude Aufsätze, die — abgesehen davon, dass sie wie eine bestellte Reklame wirken könnten — dem ernsten Leser die Frage wachrufen, ob denn auch das ärztliche Berufsgeheimniss nicht etwas sehr lässig beachtet wird.

Die gleiche Frage kann man oft bei wissenschaftlichen Publikationen aufwerfen. Ich halte es mit Placzek für absolut unzulässig, Namen zu nennen oder solche Einzelheiten, die zu einer Erkennung der Person führen könnten. Diese Details sind ja auch meist überflüssig oder können unbedenklich etwas verschleiert werden. Sollten aber bestimmte Gründe die Namensnennung oder Kenntlichmachung erfordern, so müsste die Erlaubniss der Kranken eingeholt werden. Die rechtswidrige Veröffentlichung mit Namennennung hat schon mehrfach zu Bestrafungen geführt.

Nun ist neuerdings mehr und mehr die Neigung aufgekommen, psychiatrische Lehrbücher zu illustriren. In unserem Fache kommt es, weit mehr als bei Publikationen aus anderen Disziplinen, auf den Gesichtsausdruck an; gleichzeitig ist der Wunsch nach Geheimhaltung — vielleicht abgesehen von den Luetischen — sehr viel grösser als sonst. Trotzdem nehmen die Bilderbeigaben in den Lehrbüchern zu. Ich kann mich damit nicht befreunden. Ich halte den Werth dieser physiognomischen Studien für nicht sehr gross; nur zu oft habe ich mich überzeugen können, wie, meiner Ansicht nach vorzügliche, Bilder auf solche Beschauer, die den Kranken nicht kannten, einen ganz anderen Eindruck machten. Auf den Werth aber kommt es nicht an. Geben die Kranken oder ihre Angehörigen die Zustimmung, so ist das Verfahren einwandsfrei; im anderen Falle ganz zweifellos rechtlich bedenklich.

Ein Wort über die Berechtigung zur Antragstellung. Auch darüber finden wir keine einheitlichen Anschauungen unter den Juristen. Die einen, wie Liszt[12]), dem sich besonders auch Mittermaier[13]) anschliesst, erklären den für antragsberechtigt, dessen Geheimniss in Frage steht, dessen Interessen also durch die Offenbarung verletzt werden. Andere dagegen, so Olshausen[14]), halten nur den für verletzt, dessen Vertrauen durch die Offenbarung getäuscht worden ist; diese Ansicht vertritt auch das Reichsgericht. Damit würde also nach dem Tode eines Kranken, der den Arzt spontan aufsucht, jede Strafverfolgung unmöglich sein. Im Falle einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist der Vormund antragsberechtigt. Bei Geistesschwäche der gesetzliche Vertreter, wenn der entmündigte oder nicht entmündigte Kranke sich dauernd in einem seine freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand. (§ 104, 1 B. G. B.)

Endlich noch — mehr als Kuriosum — eine Warnung vor Einklagen von Rechnungen mit detaillirter Angabe der Behandlung und ihrer Gründe. Das Gutachten Mittermaiers bezieht sich auf einen solchen Fall, der einem Arzte eine Anklage, allerdings keine Verurteilung zuzog.

Es ist nur eine kleine Blüthenlese der wichtigen Fragen, die uns der § 300 stellt. Und doch dürfte sie genügen, um vor Allem die Widersprüche aufzudecken, die zwischen dem geschriebenen Rechte und seiner praktischen Handhabung bestehen; die Uneinigkeit der Juristen über einige grundlegende Fragen erschwert den Versuch, aus den Bestimmungen selbst

[10]) a. a. O. S. 107.

[11]) Progrès médical. 4. I. 1896.

[12]) von Liszt, Lehrbuch des Deutschen Strafrechtes. 9. Aufl. Berlin, Guttentag. 1899. S. 425.

[13]) a. a. O. S. 205.

[14]) a. a. O. S. 1154.

die Richtschnur für unser Handeln zu finden. Wir müssen sie in uns selbst suchen.

So lange uns Aerzten das Bewusstsein unserer Verantwortlichkeit nicht verloren geht, und das ist nicht anzunehmen, wird unsere Pflicht, die Kranken zu schützen, und das Gefühl unserer Verantwortlichkeit für ihr Wohl und Wehe ein besserer Leiter für unser Handeln sein, als ein Gesetzesparagraph.

Die Schwerhörigen in der Schule.

Nach einem Vortrage, gehalten in der Sektion für Otologie und Laryngologie der Naturforscherversammlung in Hamburg.

Von

Dr. **Arthur Hartmann**-Berlin,

Ohrenarzt.

Die Schwerhörigen nehmen in der Schule eine besonders ungünstige Stellung ein, sie verstehen die Worte des Lehrers nicht oder nur theilweise, sie können dem Unterricht nur in beschränktem Umfange folgen, sie bleiben zurück. Sie werden, wenn ihr Leiden dem Lehrer unbekannt ist, als unaufmerksam und unbefähigt betrachtet und werden, wenn sie dauernd zurückbleiben, zu den Schwachsinnigen gerechnet. Hochgradige Schwerhörige eignen sich ausser mechanischem Schreiben nur sehr geringe Kenntnisse an. Die geistige Entwicklung ist eine äusserst mangelhafte, so dass solche Kinder dieselbe Stellung einnehmen wie nicht unterrichtete Taubstumme.

Zahlreiche statistische Erhebungen über das Vorkommen von Schwerhörigkeit in der Schule ergaben, dass mit Schwerhörigkeit verbundene Ohrenleiden bei Schulkindern sich ausserordentlich häufig finden, und dass ein grosser Theil dieser Leiden gebessert und zur Heilung gebracht werden kann.

Gerade an den berufenen Stellen wurde diesen Untersuchungen nur sehr wenig Beachtung geschenkt. Von Seite der Schule wird das Vorhandensein der Schwerhörigkeit als Thatsache hingenommen, einzelne Schwerhörige werden, besonders wenn es von den Eltern verlangt wird, ebenso wie die Kurzsichtigen auf die vorderen Bänke gesetzt, für die hochgradig Schwerhörigen wird meist keine besondere Fürsorge getroffen. Die Möglichkeit der Beseitigung der Schwerhörigkeit wird kaum in Betracht gezogen, obgleich die Beseitigung der Schwerhörigkeit ebenso sehr im Interesse der Kinder als der Schule liegt, da mit gut hörenden Kindern bessere Unterrichtsresultate erzielt werden, als mit schlecht hörenden.

Ich habe seiner Zeit in der Berliner Aerzte-Korrespondenz über zwei Kinder aus einer Schule berichtet, von denen das eine vier Jahre, das andere fünf Jahre in der untersten Klasse sitzen geblieben war wegen hochgradiger Schwerhörigkeit. In dem einem Falle konnte die Schwerhörigkeit durch die Behandlung (Entfernung adenoider Wucherungen und Luftdusche) sofort so beträchtlich gebessert werden, dass das Kind nunmehr rasch Fortschritte machte, in dem anderen war eine Besserung nicht möglich. Das Kind wurde in die Taubstummenanstalt verbracht und fand in dieser den entsprechenden Unterricht.

Die Veröffentlichung dieser Fälle mit angeknüpften Schlussfolgerungen veranlasste das preussische Kultusministerium, die Frage der Schulärzte wieder aufzunehmen.

Aehnliche Erfahrungen, wie die eben erwähnte, werden von Schulärzten gemacht. So wurden mir von einem befreundeten Schularzte aus einer Schule zwei Kinder zur Behandlung zugeführt, bei welchen die Ueberweisung an eine Taubstummenanstalt in Erwägung gezogen war. Bei beiden konnte das Gehör soweit hergestellt werden, dass sie weiterhin ohne Nachtheil am Unterricht theilnehmen konnten. Da bei der Aufnahme in die Taubstummenanstalten eine ärztliche Untersuchung nicht stattfindet, können solche Kinder in Taubstummenanstalten unterrichtet werden, bis ihr Leiden nicht mehr zu beseitigen ist.

Dass solche Fälle vorkommen können, dass nicht von Seiten der Eltern schon für die Behandlung der Kinder Sorge getragen wird, hat seinen Grund einerseits in der noch stark verbreiteten Anschauung, dass bei Ohrenkrankheiten durch Behandlung nichts zu bessern ist; ist doch noch ein grosser Theil des Publikums der Ansicht, dass ein laufendes Ohr etwas Heilsames sei; andererseits liegt der Grund für die Nichtbeachtung des Leidens an der Indolenz der Angehörigen. Es ist zu lästig, zum Arzt zu gehen oder es werden die Kosten gescheut. Nicht nur beim grossen Publikum, sondern auch bei der Lehrerschaft ist nicht genügend bekannt oder unbekannt, dass ein grosser Theil der Schwerhörigen geheilt werden kann.

Ein weiterer Grund für die mangelhafte Fürsorge der Schwerhörigen ist, dass bei der medizinischen Staatsprüfung die Ohrenheilkunde nicht berücksichtigt wurde. Erst wenn nach dem Vorgange von Mecklenburg in allen deutschen Staaten ordentliche Lehrstühle für Ohrenheilkunde eingerichtet sein werden, werden sich die Verhältnisse gründlich ändern.

Ausserdem müsste für die Behandlung der unbemittelten schwerhörigen Kinder Gelegenheit gegeben werden. In den meisten Städten wie Hamburg, Breslau, Leipzig, München, Bremen, Dortmund bestehen in den grossen Krankenhäusern besondere Abtheilungen für Ohrenkrankheiten, während z. B. die Stadt Berlin nur Abtheilungen für innerlich Kranke und chirurgisch Kranke kennt.

Bezold fand bei seinen Untersuchungen von ca. 2000 Schulkindern in München, dass 20 Prozent derselben an Schwerhörigkeit leiden, d. h. Flüstersprache auf 8 m und weniger hören. Bezüglich der Heilbarkeit kam er zu dem Resultate, dass bei 41,7 Prozent der in den Schulen gefundenen ohrkranken Kindern die sichere Aussicht auf eine mehr oder weniger vollständige Heilung bestand, wenn sie einer entsprechenden Behandlung unterworfen würden.

Kreisphysikus Richter in Grosswartenberg untersuchte 700 Kinder der Volksschule. Von 110 überhaupt mit geschwächtem Gehör vorgefundenen Kindern stand zur Zeit der Untersuchung nicht ein einziges in ärztlicher Behandlung. Nur 10 der Kinder entsannen sich einer früheren ärztlichen Behandlung wegen eines Ohrenleidens. Von 23 Kindern, bei welchen das Gehör für die Zwecke der Schule nicht ausreichend war, war bei der Hälfte die Gehörschwäche weder den Kindern selbst noch den Lehrern bekannt. Auf Grund seiner Untersuchungen sah sich Richter bewogen, eine förmliche Poliklinik für ohrenleidende Kinder einzurichten.

Bei seinen Erhebungen über die Taubstummen Mecklenburgs fand Lemcke, dass von 251 Fällen mit erworbener Taubstummheit nur 145, d. i. 57,5 Prozent einem Arzte vorgestellt und nur 98, d. i. 39,0 Prozent gelegentlich einer allgemeinen Behandlung auch wegen ihres Ohrenleidens berathen wurden. Bei zwei Drittel der sämmtlichen Fälle von erworbener Taubstummheit handelte es sich um solche Erkrankungen der Hörorgane, bei denen die Möglichkeit der Abwehr der Taubstummheit durch sachgemässe Behandlung von vornherein zugegeben werden muss.

Auf Grund der allerwärts gemachten übereinstimmenden Erfahrungen ist es zweifellos, dass schwerhörige Schulkinder im Allgemeinen einer Behandlung nicht unterzogen werden, ebenso zweifellos ist es, dass wenn bei den schwerhörigen

Kindern eine Behandlung ihres Leidens stattfinden könnte, ein sehr grosser Theil derselben von der Schwerhörigkeit befreit würde.

Dass schwerhörige Kinder in der Schule geringere Fortschritte machen als normalhörende Kinder, konnte von Bezold statistisch festgestellt werden. Er konnte den Nachweis liefern, dass der Fortgangsplatz dem Grad der Schwerhörigkeit entspricht. Die Klasse zu 100 Schülern angenommen, ist der Durschnittsplatz 50. Die Flüstersprache ein- oder doppelseitig 8 m und weniger Hörenden hatten den Durchschnittsplatz 54, die doppelseitig 4 m und weniger Hörenden 64, die doppelseitig 2 m und weniger Hörenden 67,7 statt 50.

Sind Hilfsklassen für schwachbefähigte Kinder vorhanden, so werden die hochgradig Schwerhörigen, nachdem sie längere oder kürzere Zeit in den untersten Klassen gesessen haben, diesen überwiesen. Aus dem Zurückbleiben der geistigen Entwickelung erklärt sich der hohe Prozentsatz von Schwerhörigkeit in den Hilfsklassen. So fand Dillner in Plauen unter 67 Kindern der Hilfsklassen 18 Mal Schwerhörigkeit (37 Prozent). In Berlin fand Kalischer unter 255 schwachbegabten Schülern 35 Prozent mit Herabsetzung des Gehörs.

In den Hilfsklassen können die hochgradig schwerhörigen Kinder nur gefördert werden, wenn sie besonders berücksichtigt werden, d. h. wenn der Lehrer so laut und in solcher Nähe spricht, dass sie das Gesprochene verstehen, oder wenn sie lernen, das Gesprochene vom Munde abzulesen und der Lehrer eine solche Stellung einnimmt, dass die Kinder ihn sprechen sehen.

Mehrere Kinder habe ich beobachtet, welche hochgradig schwerhörig, dabei nicht schlecht begabt in Hilfsklassen unterrichtet wurden. Dieselben machten auch hier minimale Fortschritte.

Was kann mit den hochgradig schwerhörigen Kindern geschehen, um denselben die für ihr späteres Fortkommen erforderliche Schulbildung zu theil werden zu lassen?

Jedenfalls muss jeder solchen Kindern zu ertheilende Unterricht darauf ausgehen, denselben das Absehen vom Munde zu lehren. Wir wissen vom Taubstummenunterricht, dass die meisten Kinder eine hohe Fertigkeit im Absehen erreichen. Am besten gefördert kann das hochgradig schwerhörige Kind werden durch den Einzelunterricht. Ich habe gesehen, wie ein Kind, das beiderseits laute Sprache nur 30 cm weit hörte, durch Einzelunterricht in kurzer Zeit so gefördert wurde, dass es mit gutem Erfolge am Unterricht der gut Hörenden theilnehmen konnte, sodass es nicht der Taubstummenschule überwiesen werden musste. Neben dem Einzelunterricht können die Kinder, wenn sie sich Absehfertigkeit erworben haben, am allgemeinen Unterricht theilnehmen, wenn sie von dem Lehrer einigermassen berücksichtigt werden. In dem Einzelunterricht werden die Lücken des Wissens ausgefüllt und wird das Nichtverstandene ergänzt.

Als Beispiel, wie sehr Kinder durch Einzelunterricht gefördert werden können, mag neben dem eben erwähnten ein taubstummes Kind mit Hörresten dienen, welches durch eine Dame, die nicht einmal Lehrerin war, ohne speziellen Taubstummenunterricht so weit gebracht wurde, dass es in eine höhere Schule aufgenommen werden soll. Bei Beginn des Unterrichts fehlte dem Kinde die Sprache vollständig, es konnte nur unverständliche Laute hervorbringen. Durch mühevolle Arbeit, fortgesetztes Vorsprechen von Worten mit gleichzeitigem Vorzeigen der Gegenstände wurden dem Kinde alle Begriffe beigebracht; die Sprache erlernte dasselbe ohne Artikulationsunterricht. Bei der von mir vorgenommenen Hörprüfung konnten laut gesprochene Worte rechts in 30 cm, links in 20 cm Entfernung nachgesprochen werden. Die Aussprache war eine bessere, als sie unter gleichen Verhältnissen in der Taubstummenanstalt durch den Artikulationsunterricht erzielt wird. Der Fall beweist, dass auch Taubstumme mit genügenden Hörresten durch Einzelunterricht eine vollständige Ausbildung erfahren können. Leider erfordert der Einzelunterricht besondere Mittel. Wenn man aber bedenkt, dass in den Taubstummenschulen, insbesondere in den Internaten ein Kind der Verwaltung beträchtlich höher zu stehen kommt, als durch Einzelunterricht, so ist der Einzelunterricht immer noch billiger, als der Besuch einer Taubstummenschule. Für grössere Städte kann die Einrichtung getroffen werden, dass mehrere Kinder zusammen unterrichtet werden. Die Zahl derselben kann nur eine beschränkte sein, etwa 6 höchstens 10. Der Unterricht muss ähnlich ertheilt werden, wie der Unterricht an der Münchener Taubstummenanstalt für Taubstumme mit bestimmten Hörresten. Die Kinder müssen das Gesprochene von einander absehen und müssen so in die Nähe des Lehrers gesetzt oder gestellt werden, dass sie die Worte desselben verstehen und der Lehrer hat sich den Kindern so weit zu nähern, dass er verstanden wird. Gelingt es nicht, einen Einzelunterricht zu bilden oder eine Klasse einzurichten, so müssen die Kinder in die Taubstummenschule gebracht werden, auch wenn sie die Sprache vollständig besitzen. In den Taubstummenanstalten finden wir Kinder, die noch auf 1 m weit und weiter laute Sprache hören. Am besten werden sich für solche Kinder diejenigen Taubstummenanstalten eignen, bei welchen besondere Klassen für Taubstumme mit Hörresten sich befinden.

Die Schlussfolgerungen aus meinen Ausführungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Da in den Schulen sich eine beträchtliche Anzahl von Kindern befindet mit heilbarer Schwerhörigkeit, welchen keine Behandlung zu theil wird, ist schon aus diesem Grunde die Einwirkung von Aerzten an den Schulen erforderlich. Die Aerzte haben die Aufgabe, die Ursache einer bestehenden Schwerhörigkeit festzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass dieselbe beseitigt wird, soweit dies möglich ist.

2. In Städten, in welchen sich Ohrenärzte befinden, muss die Mitwirkung von Ohrenärzten als wünschenswerth betrachtet werden.

3. Für Kinder mit hochgradiger Schwerhörigkeit, welche durch eine Behandlung nicht beseitigt werden kann, muss besondere Fürsorge getroffen werden, da ohne eine solche ebenso wie bei Taubstummen, die geistige Entwickelung auf einer tiefen Stufe bleibt.

4. Hochgradig schwerhörige Kinder müssen durch Erlernen des Absehens vom Munde und durch Nachhilfeunterricht so gefördert werden, dass sie am Klassenunterricht mit Erfolg theilnehmen können. Kann ein solcher Abseh- und Nachhilfeunterricht nicht eingerichtet werden, so müssen die hochgradig schwerhörigen Kinder einer Taubstummenanstalt überwiesen werden.

Ueber Gewöhnung an Verletzungsfolgen unter Berücksichtigung der Spruchpraxis des Reichsversicherungs-Amtes.

Vortrag, gehalten bei der 73. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Hamburg, 22. September 1901. (Abth. für gerichtl. Medizin.)

Von
Dr. Emil Schäffer,
Grossh. Kreisarzt in Bingen.

(Schluss.)

Die Ausgleichung schwerer Verletzungsfolgen auf dem Weg der Gewöhnung ist aber nicht etwa eine solche Kuriosität, wie man es nach der wenig umfangreichen Kasuistik der

Unfallliteratur vielleicht erwarten könnte. Man achtet eben jetzt nur nicht mehr auf den Einfluss der nicht entschädigungspflichtigen Unfallfolgen auf die Erwerbsfähigkeit, weil durch die Begutachtung der entschädigungspflichtigen unser Interesse einseitig absorbirt wird. Der Werth dieser Kasuistik liegt auch nicht darin, die Nothwendigkeit einer Aenderung der im Laufe der Jahre festgesetzten Entschädigungsnormen für schwere Unfälle zu erweisen — ein solches Beginnen kommt wohl Niemand in den Sinn — sondern es soll lediglich gezeigt werden, dass das Anpassungsvermögen bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit eine ganz hervorragende Bedeutung zu beanspruchen hat, dass geringere Verletzungsfolgen auch bei wohlwollender und humaner Beurtheilung, die aber nie so wohlwollend sein soll, dass sich aus ihr scharfe Gegensätze zwischen geringeren Verletzungsfolgen inner- und ausserhalb der gesetzlichen Entschädigung ergeben, geraume Zeit nach dem entschädigungspflichtigen Unfall durch Gewöhnung billiger Weise als ausgeglichen erachtet werden können.

Es ist unnöthig, den unheilvollen Einfluss fortdauernden Rentenbezuges bei geringeren Verletzungsfolgen auf die moralische Tüchtigkeit, Redlichkeit des Arbeiters in extenso immer wieder von Neuem zu erörtern, derselbe ist so allgemein bekannt, dass man getrost behaupten darf, der Verletzte innerhalb der Unfallgesetzgebung perhorreszirt geradezu die Anpassung und von seinem Standpunkt aus kann man es ihm kaum sehr verargen, denn das Moment der Gewöhnung und Anpassung findet auch in der Spruchpraxis der Rekursbehörden zweifellos nicht die ihm gebührende Berücksichtigung und in der Rentenminderung zum Ausdruck gebrachte Bewerthung.

Darüber besteht kein Zweifel, dass man sich unter den Unfallrentnern — trotz ihrer sich stetig mehrenden Zahl, trotz des frühzeitigen Eingreifens wohl aller Berufsgenossenschaften in das Heilverfahren und trotz der ausgiebigsten Anwendung des gesammten physikalischen Heilapparates, der in seiner stets fortschreitenden Entwicklung und Vervollkommnung durch die Fürsorge des Gesetzgebers schon seit Jahren auch dem modernen Unfallverletzten zu Gute kommt — ich sage also, trotz dieser und noch einer Reihe anderer wesentlicher Faktoren sieht man sich unter den entschädigungsberechtigten Unfallverletzten ganz vergeblich nach Fällen funktioneller Anpassung und Gewöhnung um, die den ausserhalb der Unfallgesetzgebung stehenden auch nur annähernd an die Seite zu stellen wären.

Das Reichsversicherungsamt macht in seinem bekannten Rundschreiben vom 20. Juni 1891 hinsichtlich der sog. Uebergangsrente zur Anpassung und Gewöhnung darauf aufmerksam, dass nach Ablauf dieser Uebergangszeit bei der weiteren Beurtheilung des Masses der Erwerbsfähigkeit, die der Verletzte noch hat, „besondere“ Vorsicht nöthig ist.

Es wird kaum Jemand bestreiten können und wollen, dass man bei der Begutachtung von entschädigungspflichtigen Unfallfolgen sehr vorsichtig sein soll, schon deshalb, weil für den entschädigungsberechtigten Verletzten Geldinteressen auf dem Spiel stehen. Aber trotz und bei aller Vorsicht wird man auch nicht vergessen dürfen, dass die Gefahren und Nachtheile, die daraus entstehen, wenn die Gewöhnungsrente zu einer Gewöhnung an die Rente geführt hat, viel schwerwiegender sind, als wenn dem Verletzten zugemuthet werden sollte, unter dem heilsamen Einfluss einer nicht mehr reichlich bemessenen Rente, die ihm verfügbare Willenskraft und Energie rechtzeitig noch auszunützen. Ist erst einmal die Rentengewöhnung eingetreten — und an angenehme Dinge wie eine hohe Rente gewöhnt man sich leichter wie an Selbstdisziplin und Energie erfordernde Ueberwindung von Beschwerden und körperlichen Unbequemlichkeiten —, dann ist es auch um den guten Willen und die funktionelle Anpassung geschehen, man sieht dann eben die jetzt schon in Unmasse vorhandenen Fälle, in denen die Wiederkehr der vollen Erwerbsfähigkeit nicht eintritt, statt dessen das Bild der Unfallquerulanten, im Vordergrund die historische Thatsache des Unfalles und im Hintergrunde Unfallfolgen, die bei gutem Willen des Mannes eine Erwerbsbeschränkung nicht mehr bedingen, die aber im Arztgutachten mit erfolgreicher Aussicht nicht als belanglos zu erklären sind, da die Entschädigungsnormen für analoge Zustände fortwährend von Neuem sanktionirt werden.

Die graduelle Auslegung des Begriffes Willenskraft und Energie, die billiger Weise zu erwarten sind, wäre ohne Uebergangszeit zweifellos schwierig; da sie ja dem „humanen“ Charakter des Gesetzes entsprechen soll, wird man schon von vornherein mit erheblich heruntergespannten Anforderungen das Mass derselben zu bestimmen suchen. Weil die Uebergangszeit nach der Rechtsprechung des R.V.A.'s nicht knapp bemessen sein darf, — sonst wird sie als Uebergangszeit eben nicht anerkannt, — ist aber die Gefahr eines erheblichen Irrthums auch bei dem begutachtenden Arzt doch bedeutend verringert. Interesse in diesem Zusammenhang haben zwei Rekurs-Entscheidungen der obersten Spruchbehörde, welche sich mit der Frage der Empfindlichkeit gegen Schmerzen beschäftigen. In dem einen Fall (Rekurs-Entscheidung vom 30. Dezember 1895) betr. einen Verletzten, der im Heilverfahren die gewaltsame Lockerung des Schultergelenkes in der Narkose hat an sich vornehmen lassen, der aber nachher einen vollen Erfolg des Heilverfahrens durch Verlassen des Krankenhauses vereitelte, ist gesagt: „das Nichtvorhandensein ausreichender Willenskraft bei einem Verletzten kann ihm nicht zum Verschulden angerechnet werden, sondern nur die dem Heilverfahren widerstrebende böswillige Richtung.“ Obwohl im Rekurs-Verfahren vor dem R.V.A. der requirirte Obergutachter nur mehr eine minimale Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit konstatirte, war der Rekurs des Verletzten erfolgreich mit der oben angeführten Begründung. Nach meinem Ermessen ist bei dieser Sachlage etwa der folgende Schluss der nächstliegende gewesen: nachdem die Erwerbsfähigkeit nur mehr minimal beeinträchtigt ist, können auch die medicomechanischen Apparatübungen zur Zeit des Verlassens des Krankenhauses keine zu grossen Anforderungen an die Willenskraft des Mannes mehr gestellt haben, und soweit man das vom psychologischen und deshalb ärztlichen Standpunkt aus betrachten muss, hätte ich darin eine beabsichtigte und böswillige Vereitlung des Heilerfolges erblickt und deshalb auch „die dem Heilverfahren widerstrebende böswillige Richtung“.

Ich glaube, mit dieser meiner Auffassung im konkreten Falle stimmt auch eine andere Rekursentscheidung des R. V. A.'s v. 10. Februar 1897 sehr gut überein, in der es heisst: „die Möglichkeit einer gewissen Empfindlichkeit in der Hand, namentlich in den Narben, ist nicht ausreichend, da eine geringe Schmerzhaftigkeit bei dem Mass von Willenskraft, wie es von Jedermann erwartet werden kann und muss, ohne Nachtheil für die Arbeitsleistung ertragen werden kann.“

Nach meinem Dafürhalten ist es zur sachgemässen Beurtheilung dieser und noch einer Reihe anderer Fragen, auf die ich hier nicht eingehen kann, da sie die engen Grenzen meines Vortrages überschreiten würden, ganz unerlässlich, sich immer das Verhalten von nichtversicherten Verletzten zu gegenwärtigen, man hat damit eine aus-

reichende und dabei gewiss ganz einwandfreie Unterlage für sein Urtheil. Natürlich schweben mir bei einem derartigen Vergleich nur einander gleichwerthige, kleinere Verletzungsfolgen vor, die grösseren und schwereren scheiden ja bei der Würdigung des Gewöhnungsmomentes in unfallrechtlicher Beziehung an sich schon aus.

1. Unter den Voraussetzungen zur Herabminderung der Uebergangsrente im Sinne der reichsversicherungsamtlichen Entscheidungen steht oben an, „es müssen objektive Gründe vorliegen“, d. h. entweder äusserlich erkennbare Merkmale am Körper des Verletzten, oder es müssen sich Gründe zur Annahme der Gewöhnung aus den Angaben des Verletzten ergeben. Dieser letztere Thatbestand wird freilich selten genug vorliegen, da der moderne Unfallverletzte eben von einer Besserung im Sinne der Gewöhnung nichts wissen will; ferner: „bedarf es auch nicht immer des Nachweises erkennbarer Merkmale“, in einigen Entscheiden ist auch „die Thatsache als genügend erachtet worden, dass die Gewöhnung bei angemessenem Verhalten des Verletzten eintreten musste“, und in einer Entscheidung vom 1. Juli 1900 ist ausdrücklich anerkannt, „dass sich eine Erhöhung der Gebrauchsfähigkeit verletzter Gliedmassen erfahrungsgemäss sehr häufig durch blossen Zeitablauf vollzieht, ohne dass die Veränderung und ihre Ursachen nachgewiesen werden könnten“.

Was die Gewöhnungszeit selbst betrifft, so muss sie, wie aus der Rechtssprechung des R. V. A.'s hervorgeht, nicht nur reichlich bemessen sein, sondern sie darf, soll erfolgte Gewöhnung berechtigter Weise angenommen werden, auch nicht unterbrochen gewesen sein, der Mann muss im gleichen Beruf gearbeitet und während der Gewöhnungszeit mindestens keine Lohneinbusse erlitten haben. Voraussetzungen, die in ihrer Berechtigung keine Zweifel aufkommen lassen.

2. Natürlich hat das R. V. A. in seinen Entscheiden auch Alter, Ernährungs- und Kräftezustand des Verletzten bei der Annahme der Gewöhnung berücksichtigt, man wird auch vorbestandene Schäden nicht ausser Acht lassen, sei es nun, dass sie durch die zu begutachtenden Unfallfolgen unmittelbar oder auch nur mittelbar beeinflusst werden. Diese Dinge bedürfen schwerlich einer Diskussion.

3. Dahingegen stösst man bei der Würdigung von anderen jetzt zu besprechenden Gesichtspunkten in ihren Beziehungen zum anerkannten Anpassungsgrad bei dem Studium der Rekursentscheidungen auf recht erhebliche Widersprüche.

Wenn ich nun in Folgendem diese meine Behauptung durch Citate sich inhaltlich ausschliessender Entscheide beweisen werde, wird man mir bei diesen Citationen nicht etwa die Absicht einer abfälligen Kritik an der Rechtsprechung unserer obersten Spruchbehörde unterstellen wollen. Diese Widersprüche bestehen eben, sie machen sich für Jedermann geltend, der sich über die einschlägigen Fragen orientiren will, um bei der Beurtheilung eines Falles der Rechtssprechung des obersten Rekursgerichtes wenigstens in grundlegenden Gesichtspunkten zu genügen.

Wenn sich auch bei der Vielzahl der an der Judicatur des R. V. A.'s mitwirkenden Referenten, bei dem grossen Umfang des zur Entscheidung gebrachten Materiales, bei dem verschieden gearteten Thatbestand in einer grossen Zahl der Fälle — ebenso wenig wie dies in der Rechtssprechung des Reichsgerichtes geschieht — ein für Alle mal feststehende Schablonen nicht geben lassen, so sind doch weniger häufige Widersprüche und vor Allem die prinzipielle Festhaltung der hauptsächlichsten, allgemeinen und stets wiederkehrenden Gesichtspunkte schon im Interesse einer möglichst glatten Abwicklung der Streitsachen für alle bei der Ausführung der Unfallgesetzgebung mitwirkenden Instanzen nothwendig. Zur Zeit ist es recht gut möglich, die Frage nach der Erwerbsbeschränkung im unfallrechtlichen Sinn in einem und demselben Falle mit einander diametral entgegengesetzten Entscheiden des R. V. A.'s gleichzeitig zu beantworten, bejahend und verneinend.

Die Forderung einer Spruchpraxis, die wenigstens in grundlegenden Gesichtspunkten frei von Inkonsequenzen ist, widerspricht auch kaum einer Entscheidung des R.-V.-A.'s, wonach die Schätzung der Erwerbsfähigkeit nach allen im einzelnen Fall in Betracht kommenden Verhältnissen zu geschehen habe und schematische Schätzung unangebracht sei. Denn das Innehalten grundlegender Gesichtspunkte ist doch etwas anderes als schematische oder Schablonenarbeit. Unsere Gerichtsbehörden in der Straf- und Civilrechtspflege leisten doch auch keine Schablonenarbeit in ihrer Rechtsprechung, indem sie sich an grundlegende Normen halten.

Ich greife aus den Entscheidungen des R.-V.-A.'s, die ich citire, nicht etwa Stellen heraus, die mir gerade konveniren, sondern ich führe jenen Passus wörtlich an, auf den sich die Entscheidung stützt und der sonach der springende Punkt in der Urtheilsbegründung ist.

Man wird berechtigterweise mir auch nicht einwenden können, die Schätzung der etwaigen Erwerbsbeschränkung tangire den Arzt gar nicht, das sei Sache des Rekursgerichtes, der Arzt habe doch blos, wie Graf Posadowsky im vorigen Jahre bei Berathung der Unfallnovelle im Reichstag erklärte, sich über die „physiologischen Folgen des Unfalles“ zu äussern. Selbst wenn man diese Ansicht von Graf Posadowsky ohne Weiteres als ausreichend geklärt ansehen wollte — ich für meine Person thue dies, nebenbei bemerkt, nicht —, so sind die Widersprüche in den Entscheidungen des R.-V.-A.'s bis in die neueste Zeit deshalb weder seltener noch geringfügiger!

Die von mir citirten Entscheidungen sind auch nicht die einzigen einander widersprechenden. Ihre Zahl lässt sich unschwer vermehren. Zur Erledigung der mir gestellten Aufgabe genügt es, auf einige der reichsversicherungsamtlichen Entscheide Bezug zu nehmen.

Schon bei Bestimmung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit werden in der Spruchpraxis des R.-V.-A.'s weibliche Verletzte wohlwollender beurtheilt als männliche, und diesen Umstand wird man natürlich auch bei der Annahme von Gewöhnung zu berücksichtigen haben. Bei weiblichen Verletzten wird man sonach bei weitergehender Berücksichtigung des Gewöhnungsmomentes als Rentenminderungsgrund, noch weniger Aussicht auf Erfolg haben, da, wie eine Rekursentscheidung besagt, „auch schon eine geringere Verstümmelung der Finger bei weiblichen Personen die Erwerbsfähigkeit hindere“.

Nach den Erfahrungen des täglichen Lebens sind jedoch die Unterschiede sicher nicht von jener durchgreifenden Bedeutung, wie man es nach dieser Entscheidung eigentlich erwarten sollte. Auch an grössere Verstümmelungen und Verbildungen gewöhnt sich unter sonst gleichen Verhältnissen eine Arbeiterin funktionell eben so leicht wie ein Arbeiter. Und dass auch ganz erhebliche und eingreifende Verletzungsfolgen eine solche Trennung nach Geschlechtern nicht nothwendig machen, beweisen z. B. die Fälle von Blasius und Bogatsch zur Genüge. Im letzteren Fall hat die Betreffende — allerdings nicht versicherte Verletzte — mit einer gewiss recht erheblichen funktionellen Störung an der rechten Hand (gerade Versteifung des dritten und vierten Fingers) erklärt, sie fühle sich durch die Folge der Verletzung nicht im Mindesten mehr beeinträchtigt, sie sei jetzt im Stande, alle häuslichen

Arbeiten, Waschen, vor Allem auch Auswinden der Wäsche, ungehindert zu vollführen.

Diese nicht seltenen Erfahrungsthatsachen im täglichen Leben stehen im Widerspruch z. B. zu einer Entscheidung, wonach eine so unbedeutende Verletzung wie Defekt des Nagelgliedes des linken vierten Fingers bei einer Rechtshänderin trotz langer Frist nach dem Unfall mit 10 Prozent entschädigt wird, da „dem späteren Fortkommen von weiblichen Personen als Dienstboten bei Kindern, Köchinnen eine derartige in die Augen fallende, wenn auch geringfügige Entstellung der Hand leicht hinderlich in den Weg trete", entgegen einer anderen, ganz generell gehaltenen Entscheidung, nach welcher nur die thatsächlich bestehende, nicht aber die künftig mögliche Einbusse an Erwerbsfähigkeit auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes entschädigt werden soll.

4. Eine besondere Bedeutung beansprucht naturgemäss der Beruf. In dieser Hinsicht macht sich der Mangel einer einheitlichen Beurtheilung ganz besonders geltend.

Wenn man von dem Eintritt der Gewöhnung sprechen will, muss man sich zuerst darüber klar sein, zu welchen Arbeitsverrichtungen, zu welcher erwerbbringender Berufsthätigkeit sich der Verletzte durch Gewöhnung eignen soll.

Die Bedeutung des Berufes zur Zeit des Unfalles für die Erwerbsfähigkeit im gesetzlichen Sinne (U. G.) entbehrt bis jetzt noch einer einheitlichen Auffassung, dies muss sich in seiner Rückwirkung auch bei der Würdigung des Gewöhnungsmomentes geltend machen, umsomehr als die Bestimmung des Grades der Anpassung an sich schon dem subjektiven Urtheil unterliegt und der eine Mensch eine Ausgleichung auf dem Wege der Anpassung für möglich hält, während ein Anderer im Gegentheil glaubt, eine solche von seinem Nebenmenschen billigerweise nicht erwarten zu können.

Nun hat das R. V. A. allerdings in wiederholten Entscheidungen gesagt, dass auf sog. Qualifikation der Arbeiter bei der Abschätzung der verbliebenen Erwerbsfähigkeit keine Rücksicht zu nehmen ist. In einer bekannten Entscheidung vom 26. November 1887: „Es soll dem Verletzten nach dem Gesetze derjenige wirthschaftliche Schaden, welcher ihm durch die Verletzung zugefügt worden ist, ersetzt werden und dieser Schaden besteht in der Einschränkung der Benutzung der dem Verletzten nach seinen gesammten Kenntnissen und Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Arbeitsmarkt sich bietenden Arbeitsgelegenheiten."

Allein sowohl die niederen Rekursgerichte wie auch die obere Spruchbehörde selbst weichen sehr häufig von dieser grundlegenden Entscheidung ab. Nach einer Rekursentscheidung vom 16. Juni 1890 ist z. B. „ein gewöhnlicher nur mit groben Arbeiten befasster Taglöhner durch eine Verstümmelung des Nagelgliedes am rechten Daumen nicht nennenswerth in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, während ein Handwerker, ein Schneider, welcher in besonderem Grad auf die Geschicklichkeit und Unversehrtheit aller Finger angewiesen ist, schwerer geschädigt ist."

Auch in einer neueren Entscheidung vom 7. April 1899 ist der Beruf des Verletzten ausdrücklich berücksichtigt: „Bei seiner Berufsarbeit (Modelltischlermeister) fällt der theilweise Verlust eines Fingers der rechten Hand schwerer ins Gewicht, als dies im Allgemeinen der Fall zu sein pflegt."

Dass ein funktionstörender Fingerschaden bei einem sog. qualifizirten Arbeiter sich besonders in der ersten Zeit nach dem Unfall empfindlicher geltend macht als bei einem Grobarbeiter, hat schwerlich Jemand in Abrede gestellt. Verdient aber der Beruf des Verletzten Berücksichtigung, dann soll man ihn billiger Weise auch in jedem Fall berücksichtigen. Man kann dann aber auch nicht mehr von Ausnutzung der „gesammten Fähigkeiten auf dem ganzen wirthschaftlichen Arbeitsmarkt" sprechen oder, wie es in der Rekursentscheidung No. 1581 aus dem Jahr 1897 heisst: „Soweit der Arbeitsmarkt nach seinen Fähigkeiten sonst noch für ihn in Betracht gezogen werden kann." Bähr-Hannover und Dittmer haben ein einer Arbeit „über Schulterverletzungen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz" (Archiv für Unfallheilkunde und Gewerbehygiene, Bd. I) mit Recht betont, dass es zweckmässiger wäre, wenn die Ansicht der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen zur Geltung kommen würde, welche als Arbeitsfähigkeit die Fähigkeit, die gewohnte körperliche und geistige Thätigkeit in gewohnter Weise auszuüben, definirt.

Ebenso wenig herrscht einheitliche Auffassung hinsichtlich der Beziehungen zwischen Erwerbsfähigkeit und damit rückwirkend auch Gewöhnung an den Zustand einerseits und Berufswechsel andererseits.

Während in einer Rekursentscheidung gesagt ist, dass ein Wechsel des Berufes gegen Gewöhnung an die Unfallfolgen spricht, wenn mit einem solchen keine nennenswerthen Vortheile für den Verletzten verbunden sind, ist in einer anderen Entscheidung erklärt, dass es unerheblich sei, ob der Verletzte (ein Schlosser) die Beschäftigung als Schlosser fortsetzen kann oder nicht. Es komme nur darauf an, ob derselbe auf anderen Gebieten des wirthschaftlichen Lebens erwerbsbehindert sei. In einer Entscheidung vom 23. März 1898 ist sogar der vom Reichsversicherungsamt vermuthete zukünftige Beruf berücksichtigt, das jugendliche Alter des Verletzten und das gerade in diesem so hervorragend entwickelte Anpassungsvermögen aber ganz ausser Acht gelassen. Der Fall betrifft einen Schreinerlehrling und es heisst in dieser Entscheidung wörtlich: „es darf ohne Bedenken angenommen werden, dass er sich später der mehr lohnenden Möbelschreinerei zugewendet und somit auch einen höheren Verdienst gehabt haben würde, als er jetzt als Schreiner in einer Fahrstuhlfabrik verdient."

5. Es ist naheliegend, dass man bei der Frage nach erfolgter Gewöhnung bei den Versicherten der gewerblichen und Bau-Gewerks-Berufsgenossenschaften wenigstens, da man an ihren Lohnlisten bessere Handhaben hat, auch die Lohnhöhe berücksichtigen wird. Während in der obigen Entscheidung sogar die angenommene, künftige Lohnhöhe bei dem Rentensatz mitgesprochen und das R. V. A. jene Endentscheidung, wie wir oben gesehen, sogar ausdrücklich in diesem Sinne motivirt hat, ist in einer anderen Entscheidung vom 7. Februar 1887 gesagt: „für die Feststellung der Entschädigung komme es nicht auf das an, was der Verletzte etwa in Zukunft verdienen könnte, sondern auf das, was er im letzten Jahr vor dem Unfall thatsächlich verdient hat."

Aber auch die Lohnhöhe zur Zeit des Unfalles wird nicht nach einheitlichen Grundsätzen berücksichtigt. Als unterstützendes Moment für die Annahme erfolgter Anpassung ist die Berücksichtigung des Arbeitsverdienstes in einigen Rekursentscheidungen als zulässig erklärt, in anderen dagegen, „da es kein untrügliches Merkmal sei", abgelehnt worden.

Der moderne Unfallverletzte nimmt also auch nach dieser Richtung eine Sonderstellung ein, in allen anderen Lebenslagen beurtheilt man die Erwerbsfähigkeit eines Menschen, mag es sich um die Zahlung einer Entschädigungsumme oder um irgend welchen sonstigen Anlass handeln, unter weitergehender Berücksichtigung der seitherigen Verdiensthöhe und, ich glaube, auch mit Recht.

Ein sehr häufiger Einwand seitens der Verletzten bei der

Frage nach der Verdiensthöhe nach dem Unfall bei späteren Nachuntersuchungen ist ja bekanntlich: „Ich habe allerdings wieder den gleichen Lohn wie früher, aber das verdanke ich nur dem Mitleid und Wohlwollen meines Arbeitgebers.“ Man kann es dahingestellt sein lassen, ob die Zahl der „mitleidigen“ Arbeitgeber der Häufigkeit dieses Einwandes entspricht. Ich glaube es nicht. Ich bin vielmehr durch den Untersuchungsbefund zu der Ueberzeugung gekommen, dass in der Regel in solchen Fällen auch vollkommener funktioneller Ausgleich der Unfallfolgen durch Anpassung und Gewöhnung stattgefunden hat und dass der gleiche Lohn das Entgelt der ungeschmälerten Leistungsfähigkeit ist und kein Gnadensold des Arbeitgebers. In einer Rekursentscheidung vom 7. April 1899 legt das R. V. A. einer schriftlichen Wohlwollenselbstbescheinigung zweier Arbeitgeber, wenn ich mich so ausdrücken darf, ausschlaggebende Bedeutung bei mit der Begründung „sie verhindern, dass aus den thatsächlichen Erwerbsverhältnissen des Klägers ein Schluss auf seine Erwerbsthätigkeit gezogen werden kann.“ Da aber auch das R. V. A. in seiner bezüglichen Entscheidung nur eine 10prozentige Rente für angemessen erachtet hat, hat wohl auch in diesem Fall von gleicher Verdiensthöhe vor und nach dem Unfall de facto keine belangreiche Erwerbsbeschränkung mehr bestanden und ich vermuthe sehr stark, dass die Bescheinigung des Wohlwollens grösser war als das Wohlwollen selbst!

6. Sehr bedeutsam erscheint mir für die unfallrechtliche Auslegung des Gewöhnungsmomentes die Stellungnahme der obersten Spruchinstanz zur Frage, ob nach Ablauf entsprechender Fristen Gewöhnung als Rentenminderungsgrund wiederholt angenommen werden kann.

In einer Rekursentscheidung vom 4. Januar 1897 (betrifft Verlust des linken Beines. Anfangs Vollrente, dann die übliche Rente 60 Prozent. Nach Ablauf von 6 Jahren Feststellungsbescheid seitens der Berufsgenossenschaft mit 50 Prozent, wegen Anpassung des verletzten Gliedes an ein künstliches Bein. Rekurs des Verletzten an das Reichsversicherungsamt.) ist ausgeführt: „Was die Gewöhnung betrifft, so ist diese bereits bei dem ersten Bescheid in angemessener Weise in Berechnung gezogen worden, indem dem Kläger bis zum 1. Mai 1890 die Rente für volle Erwerbsunfähigkeit behufs Angewöhnung an das künstliche Bein und von da ab eine Rente von 60 Prozent festgesetzt ist. Wenn Dr. W. in seinem Gutachten vom 22. Juli 1896 sagt, dass eine Anpassung des verletzten Gliedes an das künstliche Bein und damit eine Gewöhnung an den Zustand im Lauf der 6 Jahre erfolgt sein dürfte, so würde das höchstens zu dem Schluss berechtigen, dass zur Angewöhnung nicht blos einige Monate, sondern 6 Jahre erforderlich gewesen sind, nicht aber, dass durch die jetzt erfolgte Angewöhnung eine weitere wesentliche Besserung im Allgemeinen bei dem Kläger eingetreten sei.“

In einer Rekurs-Entscheidung vom 22. Februar 1898 (betrifft Verlust der 4 kleineren linken Zehen) ist gesagt: „Das Rekursgericht hat die Ueberzeugung gewonnen, dass eine weitere wesentliche Besserung eingetreten ist, welche die Herabsetzung der Rente von 25 auf 10 % rechtfertigt. Denn während im Jahre 1896 nur eine „bessere“ Gewöhnung an die durch den Unfall gesetzten abnormen Verhältnisse festgestellt werden konnte, ist nach dem Gutachten von 1897 anzunehmen, dass ein weiterer Fortschritt gemacht, nämlich der höchste Grad der Gewöhnung nach einem Zeitablauf von ungefähr 2 Jahren nach dem Unfall und 1 Jahr nach der letzten rechtskräftigen Rentenfestsetzung eingetreten ist. Die grössere Gebrauchsfähigkeit des verletzten Fusses, die übrigens durch das Tragen einer verstärkten Sohle noch vergrössert werden kann, ergiebt sich aber schon daraus, dass unter den Zehenstumpfen sowohl wie unter dem Mittelfussknochen die dort vorhandene gute Polsterung mit guter Schwielenbildung bedeckt ist und dass auch die Erwerbs- und Lohnverhältnisse des Klägers seit der letzten Rentenfestsetzung sich gebessert haben. Der Annahme des Schiedsgerichts, dass der Gesichtspunkt der Gewöhnung nicht zwei Mal zur Anwendung gebracht werden dürfe, konnte gegenüber der thatsächlich eingetretenen weiteren wesentlichen Besserung nicht beigetreten werden.“

Nun unterliegt es kaum einem Zweifel, dass auch beim Tragen eines künstlichen Beines funktionell ein grosser Unterschied darin besteht, ob der Verletzte das künstliche Bein erst 4 bezw. 6 Monate trägt, oder ebenso viele Jahre. Die zweite der beiden vorcitirten Entscheidungen entspricht den thatsächlich bestehenden Verhältnissen nach meinem Dafürhalten weit mehr als die andere. Ebenso sicher ist aber auch, dass die in dieser zweiten Entscheidung vom Reichs-Versicherungs-Amt anerkannten graduellen Unterschiede zwischen „besserer“ Gewöhnung und dem „höchsten Grad der Gewöhnung“ in sehr vielen anderen Fällen auch zu Recht bestehen und deshalb bei der Beurtheilung der Erwerbsfähigkeit billiger Weise zu berücksichtigen sein werden, es liegt ja schon im Begriff Gewöhnung, dass diese mit der Zeit eine immer vollkommenere wird. Von diesem Gesichtspunkt aus können, natürlich innere Erkrankungen ausgenommen, auch bei wohlwollender Handhabung des Unfallversicherungsgesetzes alle Verletzungsfolgen beurtheilt werden, ohne dem Versicherten einen begründeten Rechtsanspruch zu schmälern. Der thatsächlichen Einbusse an Erwerbsfähigkeit würde man bei einem solchen Verfahren jeden Falls weit mehr gerecht werden, als wenn man den Standpunkt der ersten jener beiden Entscheidungen als den in der Regel zulässigen ansieht.

Bei Erstattung von Gutachten empfiehlt es sich, geeigneten Falles nicht schlechtweg von Gewöhnung zu sprechen, sondern den Wortlaut so zu formuliren, dass die Annahme der vollkommenen Gewöhnung, „des höchsten Grades von Gewöhnung“, bei späteren Nachuntersuchungen nicht schon mit dem Wortlaut des Vorgutachtens in Kollision geräth.

7. Der Ausführungsmodus des Unfallversicherungsgesetzes selbst erschwert auch nach einer weiteren, jedoch schwer auszuschaltenden Richtung dem Verletzten bis zu einem gewissen Grad die Anerkennung der erfolgten Gewöhnung. Da vor Herabsetzung oder Aufhebung der Rente dem Rentenempfänger die Unterlagen mitzutheilen sind und speziell von dem Arztgutachten soviel, dass der Verletzte in der wirksamen Vertheidigung seines Rechtes nicht beschränkt ist (u. A. Rek.-Entsch. 11. Mai 1896), hat der Verletzte den früheren Befund wenigstens der Hauptsache nach immer vor Augen, und zwar schriftlich. Da des Weiteren nun einmal die Autosuggestion eine grosse Rolle spielt und um so günstigeren Boden findet, wenn sich Gelegenheit zur Realisirung von Begehrungsvorstellungen bietet, achtet der Mann natürlich gewissenhaft auf den letzten Befund, und vor Allem darauf, dass die subjektiven Erscheinungen bei der nächsten Untersuchung mindestens in der gleichen Intensität noch geäussert werden. Ich erachte den Standpunkt, den das Reichs-Versicherungs-Amt in seinen wiederholten bezüglichen Rekurs-Entscheidungen vertreten, dass nämlich die Arztgutachten den Verletzten mitzutheilen sind, als durchaus richtig, es ist einfach gerecht und billig, dass dem Mann auch mitgetheilt wird, warum er eine geringere bezw. gar keine Rente mehr erhalten soll. Die hieraus resultirenden Missstände treten nach meinem Empfinden erheblich zurück im Vergleich zu der gegentheiligen Falles begründeten Voreingenommenheit des Verletzten, ihren Berufsgenossenschaften und deren Aerzten gegenüber, und den

Schäden, welche ein Nichtmittheilen der Arztgutachten zur sicheren Folge haben müsste. Diese Missstände wird man sonach als unvermeidliche mit in Kauf nehmen müssen, aber auf der anderen Seite wird man diese Missstände auch in ihrer grossen Tragweite berücksichtigen, bei der Prüfung der Glaubwürdigkeit der stets vorgebrachten subjektiven Beschwerden und man wird nicht deshalb erfolgte Gewöhnung ausschliessen wollen, weil der Mann noch die „gleichen Schmerzen und Beschwerden" wie früher bei der letzten Untersuchung zu haben angiebt.

Was die Gewöhnung an Verletzungsfolgen der einzelnen Körpertheile im Speziellen betrifft, so will ich die Finger- und Handverletzungen, weil die häufigsten und wichtigsten, im Folgenden noch berücksichtigen, nachdem ich einige allgemeine Bemerkungen hierzu gemacht haben werde.

Man spricht gewöhnlich davon, dass bei den komplizirten anatomischen Verhältnissen in der Anordnung der Gelenke, Muskeln, Bänder an den oberen Gliedermassen die Störung eines Theiles auch rückwirkend die Gebrauchstüchtigkeit des mit ihm in funktioneller Beziehung stehenden anderen Theiles schädigen müsse. Dieses reciproke Verhältniss erkennt auch ohne Weiteres Jedermann an. Aber damit ist der Mechanismus nicht erschöpft; es wäre mit dem praktischen Werth eines Körpertheiles, der, wie die Hand mit den Fingern, in erster Linie zur Arbeit und zum Erwerb bestimmt ist, sonst recht schlecht bestellt. Es ist ja auch schon von vornherein anzunehmen und auch für wahr sattsam bekannt, dass komplizirte Verhältnisse im anatomischen Bau eines Körpertheiles nicht nur ihre Schattenseiten, sondern auch ihre Lichtseiten haben. So auch mit der Hand. Man vergegenwärtige sich nur, dass gewisse Bewegungen der Fingerglieder gar nicht geschehen können ohne die synergische Kontraktion einer oder mehrer anderer Muskeln, die Winslow im Jahre 1730 bereits als Moderatoren erkannt hat, und wenn sich Störungen nach der einen Richtung einstellen, so wird diese moderirende Thätigkeit auf der anderen Seite, ohne dass es uns zum Bewusstsein kommt, entsprechend modifizirt und in dieser ebenso bekannten wie wichtigen Thatsache ist eben die anatomische Ausgleichungsmöglichkeit also schon im Körperbau begründet. Und diese Ausgleichungsmöglichkeit ist bei gutem Willen an der menschlichen Hand eben gerade wegen ihres komplizirten Baues so umfangreich wie kaum an einem anderen Körpertheil. Ich erinnere nur an die ergänzende Thätigkeit der Fingerbeuger und Fingerstrecker bei kräftigem Faustschluss der Hand und an die grosse Zahl anderweitiger Beispiele jener wunderbaren Muskelkombinationen, die Duchenne durch seine unerreicht gebliebenen elektrophysiologischen und -pathologischen Untersuchungen so mustergültig analysirt hat, die er als werthvolle Bundesgenossen bezeichnet, die Kraft gewisser Muskeln zu verstärken, sobald eine grössere Kraft zu entfalten ist oder sobald diese Muskeln durch Krankheit geschwächt sind.

Wenn Jemand ein Interesse daran hat, diese kompensirenden Muskelaktionen zu maskiren bezw. zu unterdrücken, so nimmt er eben alle möglichen und absonderlichen Stellungen bei ihm aufgetragenen Bewegungskomplexen ein, man erhält dann ein Bild, wie es aus der Untersuchung täuschungslustiger Unfallverletzter so geläufig ist, und jeder Arzt, der viel mit Unfallverletzten zu thun hat, kennt ja diese oft recht komischen, sich von einem auf den anderen forterbenden sog. Kunstgriffe der Rentenansprecher. Also dieser obige Einwand mit der funktionellen Ueberempfindlichkeit der Hand, wenn ich mich so ausdrücken darf, ist nur unter sehr wesentlichen Einschränkungen diskutabel.

Komme ich nach diesem Exkurs wieder zu meinem engeren Thema zurück, so ist zuvörderst darauf hinzuweisen, dass auch schon bei an sich recht unbedeutenden Fingerverletzungen die Spruchgepflogenheiten des R. V. A.'s nicht miteinander in Einklang zu bringen sind. In dem einen Fall wird Rente bei Verlust des Nagelgliedes des rechten Daumens z. B. abgelehnt (23. November 1894) in einer anderen Entscheidung aus demselben Jahr (4. Januar 1894) — beide Fälle betreffen Rechtshänder — Verlust des Nagelgliedes am linken Daumen anerkannt, letzteres unter der Motivirung, dass an der Einbusse an Erwerbsfähigkeit die Gewöhnung an dem Verlust nichts ändern kann, der Richter könne der Mitwirkung des Arztes in diesem Fall überhaupt entraten, bei solchen Körperschäden liege die Einbusse an Erwerbsfähigkeit eben schon darin, dass ein solcher Arbeiter gegen den völlig gesunden in der Auffindung von Arbeitsgelegenheit regelmässig zurückgesetzt ist; in anderen Entscheidungen ist dann wieder erklärt, dass „nur die bestehende Minderung der Erwerbsfähigkeit, nicht etwa Mangel oder Schwierigkeit der Ermittlung von Arbeitsgelegenheit zu berücksichtigen sei" (24. Oktober 1887).

Die gleichen Widersprüche bestehen auch z. B. hinsichtlich Kleinfingerverlust links, so ist z. B. gesagt (betr. einen Klempnerlehrling), „dass der Verlust des linken Kleinfingers selbst dann zu entschädigen ist, wenn es dem Verletzten in kurzer Zeit gelingen sollte, durch Uebung und Gewöhnung die frühere Geschicklichkeit wieder zu erlangen", ebenso bei einem Cementeur, der „bei Verlust des für den Handschluss, für das Fassen und Festhalten von Gegenständen so wichtigen Kleinfingers in seiner Leistungsfähigkeit nicht unwesentlich gehindert werde", während der Anspruch eines Zimmergesellen und Maschinenarbeiters mit der ganz gleichen Verletzung als sachlich unbegründet abgelehnt werden.

Ebenso ist es auch mit der Gewöhnung bei Handverletzungen. In einer Entscheidung aus dem Jahre 1894 ist bei einer Handverletzung „Veränderung der Verhältnisse" angenommen, weil der Verletzte gelernt habe, die rechte Hand durch Verwendung seiner Schulter und Arme, sowie der linken Hand in höherem Grad als früher zu ersetzen, während andererseits ein so wesentlicher Ausgleich, wie Ersatz der rechten Hand durch die linke („Kunstlinkser") als Veränderung der Verhältnisse und Besserungsmoment nicht anerkannt wird, da es doch dabei geblieben sei, dass die verletzte Hand nahezu unbrauchbar ist.

Die erwähnten Widersprüche in der Beurtheilung von Fingerverletzungen sind natürlich auch dem R. V. A., selbst nicht unbekannt. Im Märzheft 1897 seiner amtlichen Nachrichten ist das R. V. A. in der Rekursentscheidung No. 1581 selbst auf einige derartige Fälle seiner Spruchpraxis zurückgekommen, die nicht mit der Entscheidung des vorliegenden Falles übereinstimmen. Es sagt in dieser Entscheidung u. A. wörtlich: Das R. V. A hat in neueren Entscheidungen wiederholt Veranlassung gehabt, entgegen der zu weit gehenden Praxis mancher Schiedsgerichte auszusprechen,*) dass der Verlust von Fingergliedern oder ähnliche minder bedeutende Folgen von Handverletzungen nicht ohne Weiteres die Gewährung einer Rente für theilweise Erwerbsunfähigkeit rechtfertigen.

Betrachtet man sich nun die Entscheidungen speziell aus dem Jahre 1899 (Band XIII, Anlage zu: der Kompass, Selbstverlag des Vorstandes der Knappschafts-Berufsgenossenschaft) im Vergleich zu analogen Streitfällen aus den früheren Jahren, so findet man insofern eine grössere Konsequenz, als gerade in diesem Jahre in einer Reihe von Fällen Renten von

*) Die Entscheidungen der Schiedsgerichte decken sich oft verbo tenus mit der Entscheidung des R. V. A.'s in einem analogen Fall.

10 Prozent in der Endentscheidung eingestellt wurden, die noch in der Spruchpraxis vor sechs Jahren etwa als entschädigungspflichtig anerkannt worden sind. Es wäre zu begrüssen, wenn die dadurch bekundete Auffassung auch fürderhin beibehalten würde. Die ungleiche Beurtheilung gegenüber den in den vorausgegangenen Jahren zur Entscheidung gekommenen analogen Fällen wären nicht unschwer zu beseitigen, vermuthlich könnte wohl die Rente für derartige kleine Fingerschäden — natürlich nach vorheriger Neuprüfung der Verhältnisse — schon mit Rücksicht auf die lange Frist zur Gewöhnung an den Zustand in Wegfall kommen.

Ich glaube, die angeführten Beispiele genügen zum Beweis meiner obigen Worte. Man kann wohl kaum zu einem anderen Schluss kommen, als dass das Gewöhnungsmoment so gut wie garnicht in der Rechtsprechung berücksichtigt ist.

Wenn Rentenherabsetzung durch Gewöhnung oder Anpassung begründet wurde, so handelt es sich, wie man genau im Auge behalten muss, lediglich um die Herabsetzung einer Uebergangsrente, im Sinn des R. V. A.'s also einer Rente, die doch an sich schon erheblich höher ist, als sie den vom R. V. A. sanktionirten Normen entspricht, sonst wird sie ja überhaupt als Uebergangsrente von vornherein garnicht anerkannt. Die Rente für einen Fingerverlust mit zehn oder zwanzig Prozent bleibt bestehen, auch wenn schon Jahre lang vollkommene Anpassung erfolgt ist und der Verletzte vielleicht nur dadurch noch an seinen Unfall erinnert wird, wenn die Rente bezahlt oder er zur Kontroluntersuchung zum Arzt geladen wird. Es werden Verletzungsfolgen prämiirt, die schon längst keinen Einfluss auf die faktische Erwerbsfähigkeit mehr haben, die aber bei der derzeitigen Handhabung und Auslegung des Unfallversicherungsgesetzes nicht einzustellen sind, obwohl Jedermann ihren schädlichen Einfluss auf den Charakter des Verletzten und ihr schlechtes Beispiel für Andere anerkennen muss.

Das R. V. A. hat zu wörtlichem Ausdruck gebracht, dass „bei Bemessung der Renten der körperlichen und geistigen Individualität der Verletzten die weitgehendste Rechnung zu tragen“ sei. Der Verletzte ist aber als Mensch nach seiner körperlichen und geistigen Individualität zu Anpassung recht geeignet und wenn er es dem Unfallversicherungsgesetz gegenüber nicht ist, so liegt dies eben an der Handhabung des Gesetzes, denn die vor dem Unfallgesetz gemachten und auch heute noch bei Verletzten ausserhalb des Unfallgesetzes fortwährend zu machenden ärztlichen Erfahrungen bestätigen das grosse Anpassungsvermögen der körperlichen und geistigen Individualität des Menschen. Das R. V. A. ist die berufene Spruchbehörde, hierin Wandel zu schaffen.

In der Kommissionsberathung zu dem Abänderungsgesetz vom Jahre 1900 ist die persönliche Anwesenheit eines Vertrauensarztes in den Spruchsitzungen der Schiedsgerichte mit Recht schon deshalb als erforderlich erklärt worden, „weil die ärztliche Begutachtung dann viel ausgiebiger zu Rathe gezogen werde, wenn sie für das Spruchkollegium stets bereit stehe.“ Bei dieser Erkenntniss hätte man eigentlich erwarten dürfen, dass der Arzt auch zu den Spruchsitzungen des R. V. A. zugezogen wird. Wenn dieses Bedürfniss schon für das Schiedsgericht vorliegt, so kann es für das R. V. A. als der in letzter Instanz massgebenden und sonach wichtigeren Spruchbehörde doch umsoweniger in Abrede gestellt werden!

Aus diesen Mängeln in der Organisation, die schon für das verflossene Unfallversicherungsgesetz Blasius im Jahre 1894 in treffender Weise beleuchtete, ohne dass sie im Abänderungsgesetz vom Jahre 1900 beseitigt worden sind, erklären sich ganz folgerichtig die Mängel und Widersprüche der Rechtsprechung mit ärztlichen Erfahrungsthatsachen im täglichen Leben, die doch einwandfreier sind als Beobachtungen am grünen Tisch, es fehlt die aufklärende mündliche medizinische Berathung in der Spruchsitzung durch einen in der Begutachtung Unfallverletzter erfahrenen Arzt; Jedermann weiss, welcher Unterschied darin liegt, ob ein Gutachten nur schriftlich oder ob es mündlich erstattet wird, die Anwesenheit des Arztes in der Spruchsitzung des R. V. A.'s wäre um so aufklärender und heilsamer, als dann sowohl der Richter wie der Verletzte bezw. dessen Vertreter, sich über die medizinische Seite des Streitfalles informiren könnten. Der medizinischer Sachkenntnisse entbehrende Richter legt grosses Gewicht auf den „Augenschein“ und sein „freies“ Ermessen, als ob diese beiden Faktoren geeignet wären die persönliche Anwesenheit des Sachverständigen in der Spruchsitzung zu ersetzen. Warum ist denn in der Strafrechtspflege, vor dem Schwurgericht das Erscheinen des Sachverständigen sogar Vorschrift? Es liegt ja das schriftliche Gutachten aus der Voruntersuchung auch schon bei den Akten. Das wirklich freie Ermessen wird durch die Anwesenheit des Sachverständigen nur gefördert. Andernfalls ist das Ermessen allerdings auch „frei“, aber nur von Sachkenntniss.

Das nach dem bekannten Augenschein oder einer Röntgenphotographie, die es in der Regel gar nicht würdigen kann, weil ihm die nöthige Vorbildung fehlt, urtheilende Spruchkollegium des R. V. A.'s legt in gleicher Verkennung der Sachlage, wie dies jeder andere medizinische Laie auch thut, Verunstaltungen und Deformitäten eine Bedeutung bei, die sie in längst abgelaufenen Fällen gar nicht mehr haben, wie der wirkliche Sachverständige weiss und wie er dies auch dem Laien nöthigenfalls verständlich machen kann. Wie „grässlich“ sieht z. B. in den Augen von medizinischen Laien ein subkutaner Muskelriss, eine Muskelhernie im Kontraktionszustand des Muskelgewebes aus und wie harmlos sind sie doch in den meisten Fällen, in denen funktionstörende sekundäre Veränderungen in der Regel nicht auftreten. Fürwahr, recht geeignete Objekte für Laienaugenscheine!

Ich habe im Laufe dieses Sommers 721 fremdländische Arbeiter, die bei einem Bahnbau im Kreis Bingen beschäftigt waren, aus sanitätspolizeilichen Rücksichten untersuchen müssen. Als ich gleich zu Beginn unter diesen Leuten drei Muskelrupturen (biceps brachii und erector trunci) fand, achtete ich genau auf derartige Befunde und konstatirte nicht weniger als 13 Fälle (obere, untere Gliedmassen, Rücken), die Leute verrichten seit Jahren fortgesetzt als Erdarbeiter im Akkord die schwersten Arbeiten, ziehen von einem Bahnbau zum anderen, erfreuen sich keineswegs „wohlwollender“ Vorarbeiter, sondern müssen, wenn sie Beschäftigung finden wollen, hart arbeiten. Die meisten wurden erst durch meine Untersuchung auf diesen Zustand aufmerksam! Als Unfallfolgen wären diese unkomplizirten Muskelrisse, garnirt mit den üblichen Klagen über „Schmerzen und Schwäche“ mindestens mit 15 Prozent bewerthet worden!

Anders sind natürlich jene Fälle zu beurtheilen, in welchen bei Muskelrissen Erscheinungen von Läsionen benachbarter Nervenstämme bestehen oder traumatische Knochenbildung im kontraktilen Muskelgewebe, welche durch Zerrungen bei der Muskelaktion störend wirken können etc., Zustände, die ich auf der diesjährigen Jahresversammlung der Hessischen Medizinalbeamten in Mainz zu demonstriren Gelegenheit hatte.

Wie ich aus der Bearbeitung der Unfallversicherungsgesetze von Geh. Rath Gräf ersehe, ist in den Motiven zu den §§ 95 des G.U.G. und 101 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirthschaft, betr. die Kapitalabfindungen, erwähnt,

dass Renten von 20 und weniger Prozenten in Monatsrenten so geringe Beträge geben, dass ihnen ein wirthschaftlicher Werth kaum beizumessen ist. Dabei sind sie doch nur der ziffernmässige Ausdruck der zu entschädigenden Verletzungsfolgen, die sonach auch keinen höheren Werth beanspruchen können. Warum werden sie dann trotzdem fortgesetzt beibehalten und müssen gewissermassen zur Sanktionirung auch noch zur höchsten Rekursinstanz gebracht werden!

Wenn jetzt ein nicht geringer Theil dieser kleinen Renten schon zu Unrecht und vor Allem zum wirklichen Schaden der Rentenempfänger bezahlt wird, so hilft die Kapitalabfindung auch nicht über diese Kehrseite der jetzigen Handhabung des Unfallversicherungsgesetzes weg, die Kapitalabfindungen sind nur noch Verderbenbringender. Das Reichs-Versicherungsamt selbst hat seinen Standpunkt hinsichtlich der Handhabung der Vorschrift über die Kapitalabfindungen kleinerer Renten unter dem 9. Mai 1901, wie folgt, gekennzeichnet: „Dem Interesse der Versicherten wird besser gedient sein, wenn die Abfindung nur beim Nachweis ihrer Zweckmässigkeit bewilligt wird, als wenn sie nur bei dem Nachweis der Unzweckmässigkeit versagt wird.“ Professor Albin Hofmann-Leipzig nennt sie treffend Erziehungseinrichtungen zu ungerechtem Geldgewinn. Inwieweit die von Prof. Hofmann vorgeschlagene regressive Rente allen Anforderungen entspricht, überlasse ich berufneren Seiten zur Besprechung. Soviel steht aber schon jetzt hinreichend fest, dass durch den Wegfall der kleinen Permanenz- und Leibrenten wieder natürlichere und ehrlichere Verhältnisse geschaffen würden, die Anpassungsfähigkeit solcher Verletzter wäre recht bald wieder zur physiologischen Norm zurückgeführt und nicht an letzter Stelle zum wahren Vortheil der Verletzten selbst, den der Gesetzgeber doch nur allein im Auge hatte.

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von Magendarmvereinigung wegen vollständiger Zerreissung des Darms beim Uebergang des Zwölffingerdarms in den Leerdarm.

By B. G. A. Moynihan.

(The British Medical Journal, 11. Mai 1901.)

Ein 6 Jahre alter Knabe hatte eine Verletzung des Leibes erlitten, welche zu schwerem Collaps führte, und da freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachgewiesen werden konnte, einen chirurgischen Eingriff nothwendig machte. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man in derselben grosse Mengen Blutes. Bei genauerer Untersuchung konnte man schnell feststellen, dass ein vollständiger Riss der Eingeweide an der Stelle stattgefunden hatte, wo der Zwölffingerdarm in den Dünndarm (jejunum) übergeht. Die Operation wurde in der Weise fortgesetzt, dass der obere Theil des jejunum von dem Mesenterium losgelöst, das obere Ende entfernt wurde und dann mit Hilfe eines Murphyknopfes mit der vorderen Magenwand verbunden wurde. Der Zwölffingerdarm wurde durch fortlaufende Catgutnaht so gut als nur möglich geschlossen. Längere Zeit nach der Operation war das Befinden des Verletzten ein leidlich gutes, als am 104. Tage plötzlich in Folge von Perforation des Darmes der Tod eintrat. Diese war durch den Druck des Murphyknopfes und ein dadurch bedingtes Geschwür zu Stande gekommen. Dieser Fall ist wegen der Schwere der Verletzung interessant und ferner dadurch, dass die Absonderung von Galle und Pancreassaft in den Magen, welche nothwendigerweise stattfinden musste, die Verdauung des Magens so gut wie garnicht beeinträchtigt hat. Diese Thatsache steht im Widerspruch zu den Erfahrungen, welche Autoren, wie Riegel, Malbranc und Weil, ferner Billroth, Claude Bernard und andere theils bei Kranken und theils durch das Experiment am Thier gewonnen haben.

Franz Meyer-Berlin.

Laparotomie und Darmresektion bei Schussverletzungen.

Von Dr. Jos. Preindlsberger-Sarajewo.

(Wiener klinische Rundschau No. 43, 1901.)

Die Frage der operativen Behandlung der Bauchschüsse giebt noch immer Veranlassung zur Diskussion über die Berechtigung zu diesem Eingriff. Die vom Verf. mitgetheilten beiden Fälle sprechen unzweideutig für ein aktives Vorgehen, ohne welches die Verletzten verloren gewesen wären.

—y.

Zur Behandlung der Bauchschüsse.

Von Dr. Walter Petersen, I. klin. Ass.-Arzt.

Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik.

(Münch. med. Wochenschr. 1901, No. 15.)

Bemerkenswerthe Spontanheilungen von Bauchschüssen, über welche aus dem südafrikanischen Kriege berichtet wird, haben Mac Cormac zu dem Ausspruch bewogen, dass ein durch den Bauch Geschossener in jenem Kriege stürbe, wenn man ihn operire, am Leben bliebe, wenn er konservativ behandelt würde. Im Anschluss hieran bespricht Verfasser, in sehr dankenswerther Weise der frühzeitigen Operation der Bauchschüsse das Wort redend, sorgfältige Beobachtungen einer Reihe von derartig Verletzten, die der Heidelberger Klinik zugeführt wurden, und fasst seine sehr lesens- und beherzigenswerthen Auseinandersetzungen in folgenden Schlusssätzen zusammen:

„1. Bezüglich der Behandlung von Bauchschüssen sind die Erfahrungen des südafrikanischen Krieges in keiner Weise massgebend für unsere Friedensverhältnisse, die Bedingungen der Operation waren dort viel ungünstiger, die Bedingungen der Selbstheilung dagegen viel günstiger als bei uns im Frieden.

2. Bei jedem Bauchschuss ist bei dringendem Verdacht auf Perforation die sofortige Operation unbedingt angezeigt.

3. Da in der ersten Zeit die Diagnose meist unsicher ist, da zugleich mit jeder Stunde des Abwartens die Prognose der Operation ungünstiger wird, so ist jedes Abwarten viel gefährlicher als die Probe-Incision.

4. Abwartende Behandlung kann jedenfalls nur gestattet sein unter dauernder sachgemässer Aufsicht.“ Seelhorst.

Ueber einen Fall von subkutaner Milzruptur mit Spontanheilung.

Von Kolb-Augsburg.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1901. 8. Heft.)

Nach einem Hufschlag gegen die Milzgegend fühlte ein Soldat zwar Schmerzen in der Milzgegend, führte aber sein Pferd noch in den Stall und legte sich dann erst zu Bett. Indess schon 2—3 Stunden später fuhr er wieder mit auf den zwei Stunden entfernten Schiessplatz und that Dienst als Zieler. Als er sich dann im Laufschritt vom Scheibenstand zum Schiessstand begeben wollte, bekam er so heftige Schmerzen, dass er sich an den Boden legen musste, auch stellte sich Erbrechen und hochgradige Blässe ein. Unter Eisbeutel und Opiumbehandlung trat eine wesentliche Besserung im Lazareth ein, es bestand nur noch geringe Druckempfindlichkeit in der Milz-

gegend, als am dritten Tage nach der Verletzung ohne jede nachweisbare Ursache ein neuer Kollaps eintrat, mit hochgradiger Blässe, starker Druckempfindlichkeit der Milzgegend, aber auch des übrigen Abdomens; die Bauchmuskulatur war hart gespannt, allmählig wird eine nach allen Seiten vorschreitende Dämpfung nachweisbar, die in den folgenden Tagen auch wieder stetig zurückging. Die vorgeschlagene Laparotomie wurde abgelehnt, der Patient später als Invalide entlassen.

Die Krankengeschichte ist sehr beachtenswerth und mahnt, Kontusionen des Bauches nicht zu unterschätzen, sie ist aber auch mit Rücksicht auf die Therapie recht interessant. Die Spontanheilung im vorliegenden Falle kann freilich an der Thatsache nichts ändern, dass die Diagnose Milzruptur in allen Fällen die sofortige Laparotomie indizirt. Verfasser nimmt zur Erklärung des anfänglich als einfache Kontusion imponirenden Falles an, dass durch das Trauma eine Verletzung des Milzgewebes ohne Zerreissung der Kapsel gesetzt worden sei. Das subkapsuläre Hämatom sei bei dem ersten Kollaps durch Nachblutung vergrössert, schliesslich in die Bauchhöhle durchgebrochen. P. Stolper-Breslau.

Beiträge zur Frage der traumatischen Nierenbeweglichkeit.

Von Dr. Erwin Payr, Priv.-Doz. für Chir. und Assistent der Klinik. Aus der k. k. Klinik in Graz.

(München. med. Wochenschr. 1900, No. 50 und 51.)

Eine Lücke in der Beobachtung traumatisch entstandener Wanderniere füllt Verfasser durch die Krankengeschichten dreier Fälle aus, in welchen das Entstehen einer beweglichen Niere durch forcierte Massagebehandlung der Lenden und seitlichen Bauchgegend dadurch erwiesen werden konnte, dass von allen drei Fällen genaue ärztliche Untersuchungen aus der Zeit vor der Massagebehandlung vorlagen, bei welchen eine abnorme Nierenbeweglichkeit nicht konstatirt werden konnte.

Die Beobachtungen des Verfassers werden durch die Studien anderer Autoren über Veränderung der paravertebralen Nischen in Folge von verschiedenen die Konfiguration der Lendengegend betreffenden Eingriffen, sowie durch 2 schematische Illustrationen gestützt. Eine ausführliche Litteraturbesprechung leitet die Arbeit ein. Seelhorst.

Ein Fall von traumatischer intraperitonealer Blasenruptur — Laparatomie — Heilung.

Aus der chir. Klinik Königsberg. (Dir. Professor v. Eiselsberg.)

Von Dr. K. Dohrn, Volontärarzt.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, B. 60 Heft 1 und 2.)

Ein 41 jähriger Mann wurde von einem schweren Lastfuhrwerk derartig überfahren, dass ihm das Hinterrad über die rechte Hüfte und Unterbauchgegend hinwegging. Er klagte über heftigste Schmerzen im Unterleib und Unvermögen, Harn und Stuhl zu entleeren. Am andern Morgen wurde er zum ersten Male katheterisirt; abends trat Erbrechen auf; 46 Stunden nach dem Unfall kam er in die Klinik.

Sein Allgemeinbefinden war wenig beeinträchtigt, der Leib etwas aufgetrieben und in der rechten unteren Hälfte druckempfindlich. Es liess sich freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle nachweisen, welche, da fast keine Harnentleerung stattgefunden hatte, und sich in einer geringen der Blase entnommenen Menge Harn Blutkörperchen fanden, nur Urin sein konnte.

Diese Annahme wurde durch die sofort vorgenommene Laparotomie bestätigt; der Urin hatte sich durch einen intraperitoneal am Fundus der Blase gelegenen Riss von 4 cm Länge in die Bauchhöhle ergossen. Nach Vernähung dieses Risses und primärem Schluss der Bauchwunde erfolgte prompte Heilung, sodass der Kranke nach 3 Wochen aus der Klinik entlassen werden konnte. Niehues-Berlin.

Neurologie.

Ueber den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia.

Von Gustav Specht.

(Sonderabdruck aus der Festschrift der Universität Erlangen zur Feier des 80. Geburtstags Sr. Königlichen Hoheit des Prinzregenten Luitpold von Baiern Erlangen und Leipzig. A. Deichert. 1901. 80 S. Mk. 1.—.)

Es ist unmöglich, die paranoischen Wahngedanken lediglich aus Defekten oder eigenartigen Abweichungen der Vorstellungssphäre zu rekonstruiren, und die Lehre ist daher unhaltbar, welche den Affektpsychosen (Manie und Melancholie) die Paranoia als eine primäre Verstandeskrankheit gegenüberstellt.

Verfasser geht bei der Lösung des Problems der Paranoiafrage von dem Gedanken aus, dass im Mittelpunkte jeden Wahngedankens das Ich steht und dass die von ihm ausgehenden Wahnrichtungen ausnahmslos auf zwei beschränkt sind, nämlich Beeinträchtigung und Förderung; es handelt sich also um eine einseitig gefälschte Auffassung von Wohl und Wehe des betreffenden Individuums. Andererseits hebt er hervor, dass nur unser Gefühl zwei Grundqualitäten hat, die der Lust und der Unlust. Des Genaueren erörtert er nun den Zusammenhang zwischen Gefühlsanomalien und der Entstehung der Wahnideen. Dieses Gefühl zeigt bei den Paranoikern eine Mischung von Depression und Exaltation; es ist also ein Mischaffekt, der bei Ueberwiegen der Unlustkomponente dem Misstrauen, bei Ueberwiegen der Lustkomponente dem aggressiven Egoismus entspricht. So mischen sich auch beim cirkulären Irrsinn in den Uebergangszeiten zwischen den entgegengesetzten Phasen die entsprechenden Stimmungen und zeitigen an Paranoia lebhaft erinnernde Zustände. Bei genauerem Forschen findet man fast ausnahmslos im Beginne der Paranoia pathologische Stimmungen, die der Bildung von Wahnideen vorausgehen. Entsprechend den initialen Schwankungen der noch nicht zur definitiven Fixirung gekommenen spezifischen Stimmungslage wechselt der Wahn der Kranken und sein Verhalten. Die eigenartige Färbung der paranoischen Affektstörung und die damit einhergehende relative Unauffälligkeit des motorischen Exterieurs des Kranken bewirkt es, dass die Stimmungsanomalie durch den Wahn verdeckt wird. Dass, wenn der Affektzustand anhält, die Wahnideen nicht korrigirt werden, erscheint dann auch leicht erklärlich, ohne dass man grade der Annahme des Vorliegens von Schwachsinn bedarf.

Für die Leser dieser Zeitschrift ist der letzte Abschnitt der anregenden (vergleiche die kritischen Auslassungen von Bresler und Bleuler in der Psychiatr. Wochenschr. S. 170, 254) Abhandlung besonders bemerkenswerth. In ihnen weist Verfasser darauf hin, dass bei dieser Auffassung der Pathogenese der Paranoia die Exculpirung eines Paranoikers leichter gelingen und sich rechtfertigen lassen werde, auch für Handlungen, die nicht im Zusammenhang mit den Wahnideen stehen. Ernst Schultze.

Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia.

Von Alexander Margulies.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. X. Heft 4. Oktober 1901.)

Die vielfach acceptirte Lehre Westphal's, dass die Paranoia eine reine Verstandeskrankheit sei, hat zwar etwas Be-

strickendes, vom didaktischen Standpunkte aus Verlockendes; allein sie thut den klinischen Thatsachen und den pathologischen Vorgängen Gewalt an, und es hat daher niemals an Autoren gefehlt, die die Bedeutung der Affekte hervorhoben. Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und theoretischen Erwägungen kommt auch Verfasser zu dem Ergebniss, dass die ersten Störungen bei der Paranoia im Gebiete der Empfindungen und Gefühle liegen. Während aber Sandberg und Störring der Ansicht sind, dass dieser Affekt das Misstrauen sei, meint Verfasser, dass bei der beginnenden Paranoia die verschiedensten Affekte auftreten und mitwirken.

In den ausführlich mitgetheilten Fällen hatten aussergewöhnliche Ereignisse bei den irgendwie disponirten Individuen schwere gemüthliche Erschütterungen verursacht; im Anschluss hieran andauernde, unbestimmte Unruhe, Rathlosigkeit, das ungewisse Gefühl nahenden Unheils. Hieraus resultirte eine erhöhte Aufmerksamkeit, die sich auf den eigenen Körper oder die Aussenwelt richtete und so hypochondrische Vorstellungen oder krankhafte Eigenbeziehungen mit der Aussenwelt erzeugte. Damit änderte sich das bisherige Verhältniss des Kranken zur Aussenwelt. Der weitere Verlauf ist entweder ein Nachlass der krankhaften Affekte, eine Korrektur der Wahnvorstellungen und Genesung, oder in der überwiegenden Zahl der Fälle fortschreitende Wahnbildung nach einer oft mit Sinnestäuschungen einhergehenden Umwerthung der bisherigen Affekte in Misstrauen oder Angst. Entsprechend diesen beiden Affekten unterscheidet Verfasser zwei Formen, eine, bei der die Wahnbildung dauernd oder doch lange Zeit hindurch in gewissen logischen Grenzen bleibt und dann eine phantastische Form. Das ursprüngliche Ereigniss ist aber an Bedeutung ganz allmählich zurückgetreten, aus dem Bewusstseinsinhalte verschwunden, und jetzt, wo die falschen Vorstellungen das Krankheitsbild beherrschen, lässt sich die ursächliche Bedeutung der Affekte nicht mehr nachweisen. Ernst Schultze.

Ueber die nervösen Folgezustände nach Eisenbahnunfällen.

Von Alfred Saenger.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. X., Heft 3. Sept. 1901.)

S. berichtet über eine Reihe eigener Beobachtungen und kommt zu dem Schluss, dass bei keinem seiner Patienten, die ein Eisenbahnunglück mitgemacht haben, sich das schwere Bild der Oppenheim'schen traumatischen Neurose entwickelt habe. Die nervösen Folgezustände von schweren Eisenbahnunglücksfällen sind durchaus nicht so infaust, wie das früher angenommen wurde. Viel schwerer sind die Folgen in der Form der Hysterie bei den Bahnangestellten als bei den Privatpersonen; bei jenen fanden sich sogar ähnliche Störungen auch ohne Unfall. Die Ursache hierfür wird in angestrengtem Dienst, dem meist verminderten Schlaf, der schweren Verantwortlichkeit, der Furcht vor Disziplinarstrafen zu suchen sein, abgesehen von anderen Momenten. In der Individualität des Verletzten, nicht nur in seiner Persönlichkeit, sondern auch in seinen Verhältnissen vor, bei und nach dem Unfalle, liegen die hauptsächlich bestimmenden Momente für Art und Schwere des funktionellen nervösen Folgezustandes. Ernst Schultze.

Gynäkologie.

Ein Fall von eingebildeter Schwangerschaft.

Von Dr. Karl Heil-Darmstadt, Frauenarzt.

(Wiener klinische Rundschau, No. 45, 1901.)

In dem vorliegenden Falle von eingebildeter Schwangerschaft, die volle neun Monate hindurch zur Täuschung selbst einer erfahrenen Hebamme führte, fanden sich von sogenannten unsicheren Schwangerschaftszeichen folgende: Ausbleiben der Periode, Schwellen der Brüste, Dickwerden des Leibes, von subjektiven Zeichen: Uebelkeit und Erbrechen im Anfang, später deutlich verspürte Kindsbewegungen. Als nach neun Monaten die vorhandene Amenorrhoe durch die erstmalig wieder auftretende Blutung unter wehenartigen Schmerzen unterbrochen wurde, nahm man den Beginn der Entbindung an, die Hebamme konstatirte Schädellage, und dabei ergab die ärztliche Untersuchung einen birnförmigen, nicht vergrösserten, mobilen, anteflektirten Uterus von normaler Konsistenz, mit schlanker Portio vaginalis und grübchenförmigem Os externum. —y.

Ein Fall von Eklampsia tardissima, acht Wochen post partum.

Von Göz.

(Centralbl. f. Gyn. No. 21. 1901.)

Der Titel bezeichnet schon das seltene Vorkommniss, welches mit zwei Anfällen eine früher gesunde, spontan entbundene, 25jährige Erstgebärende betraf. Der Eiweissgehalt des Urins war nach zwei Tagen geschwunden. Schwarze.

Die Zukunft der nach künstlicher Einleitung der Geburt frühgeborenen Kinder.

Von Ahlfeldt.

(Centralbl. f. Gyn. 1901. No. 21.)

Die künstliche Frühgeburt wird bekanntlich dadurch von ihren Gegnern diskreditirt, dass man die Lebensfähigkeit der Kinder bezweifelt. A. hat nun aus seiner Erfahrung 55 Fälle von ehelich frühgeborenen Kindern gesammelt und festgestellt, dass davon nur 5 vor Ablauf des ersten Lebensjahres gestorben sind. Man sieht daraus, dass bei der genügenden Sorgfalt für die Kinder obiger Vorwurf unberechtigt ist.

Schwarze.

Peroneuslähmung durch Beckenhochlagerung.

Von Vitthauer.

(Centralbl. f. Gyn. No. 18. 1901.)

Da in der Operation (Laparotomie wegen Pyosalpinx) kein Grund für die Lähmung gefunden werden kann, schuldigt W. die Lähmung auf unglückliche Lagerung auf dem Operationstisch zurück. Schwarze.

Hygiene.

Besteht in Flaschenkapselfabriken die Gefahr einer Bleivergiftung?

Von Dr. Hencke, Gewerbe-Inspektionsassistenten in Frankfurt a. M.

(Concordia 1901, No. 17.)

Die Flaschenkapseln werden in der Weise hergestellt, dass geschmolzenes Blei in Streifen von ca. 1½ bis 2 cm Dicke gegossen wird, diese auf beiden Seiten mit Zinnfolie von 1 mm Dicke belegt und dann zu dünnen Blättchen ausgerollt werden. Aus diesen werden kreisrunde Scheiben gestanzt, aus welchen, in manchen Fabriken mit Maschinen, in einigen mittels Handarbeit, die Kapseln geformt werden. Dann werden sie mit farbigen Verzierungen, Monogrammen etc. versehen, oder bleiben unverändert, da der Zinnüberzug ihnen ein schönes, glänzendes Aussehen verleiht. Letzterer ist aber so dünn, — er beträgt von der Metallmasse nur 5—10 Prozent —, dass er leicht rissig wird und so das Blei an die Oberfläche treten lässt. Schon der Umstand, dass die Hände der Arbeiter bei öfterem Anfassen der Kapseln schwarz werden, beweist, dass Blei in ziemlich erheblichem Masse an den Fingern haften bleibt. Um

die Menge desselben festzustellen, untersuchte Verfasser das Wasser von 36 Waschungen. Er fand darin pro Arbeiterin und Waschung 4 mgr Blei, eine Zahl, die sicher zu niedrig gegriffen ist, weil die sich bildenden Bleiseifen sehr zähe an der Hand haften bleiben und sich kaum vollständig abspülen lassen.

Der zweite Weg, auf dem Blei in den Körper gelangen kann, ist der durch die Einathmung. Verfasser fand im Kehrrichtstaube — die gröberen Stückchen, bei denen die Gefahr der Einathmung nicht besteht, waren abgesiebt worden — der Walz- und Stanzräume dreier Fabriken im Durchschnitt ca. 6 Prozent Blei, etwas weniger, 4,16 Prozent, im Lackirraum.

Bei einer solchen Höhe des Bleigehaltes des Staubes war vorauszusehen, dass auch in der Luft Bleipartikelchen in Schwebe sein würden und wirklich fand Verfasser darin ca. 3 Prozent Blei, d. h. bei 5—6 cbm Athemluft in 10 Stunden und 4,4 mg Staub im cbm Luft athmet ein Arbeiter täglich ca. 0,75 mg Blei ein.

Wenn trotzdem die Erkrankungsziffer eine ziemlich niedrige ist, so glaubt Verfasser dafür eine Erklärung in dem häufigen Arbeiterwechsel und der immer mehr steigenden Einführung von Maschinen zu finden.

Am Schlusse empfiehlt Verfasser zur Verminderung der Gesundheitsgefährdung der Kapselarbeiter Ausdehnung der für Schriftgiessereien und Buchdruckereien geltenden Vorschriften auf die Flaschenkapselfabriken und den Ausschluss jugendlicher Arbeiter, welche jetzt bis zu ein Drittel der Gesammtarbeiterzahl beschäftigt werden. Schlockow.

Ueber desinfizirende Wandanstriche.

Von Stabsarzt Dr. Jacobitz, kommandirt zum hygienischen Institut der Universität Halle a. S.

(Ztschr. f. Hyg. u. Inf. Bd. 37. Heft I.)

Dem Bestreben, für Räumlichkeiten, die von Zeit zu Zeit gründlich desinfizirt werden müssen, einen Anstrich herzustellen, der technisch wie hygienisch vollkommen ist, d. h. der einerseits durch Keimtödtungsmittel weder in flüssiger noch in Dampfform angegriffen wird, andererseits aber selbst möglichst keimtödtende Eigenschaften hat, verdanken namentlich in neuerer Zeit eine Anzahl von Lack- und Firnissfarben ihr Dasein. Verf. hat neue und ältere Präparate auf ihre desinfizirende Kraft untersucht und nachgewiesen, auf welche Weise diese Eigenschaft in ihnen zu Stande kommt.

Zur Untersuchung wurden herangezogen: die Porzellanemaillefarben Pef 2092, Pef 2093, Pef 2097 B und Pef 2098 B der Firma Rosenzweig u. Baumann in Kassel; eine Bleiweiss- und eine Zinkweissölfarbe; Zoncafarbe aus der Fabrik Zonca u. Co. in Kitzingen a. M.; Amphibolinfarbe der Amphibolinwerke Ernsthofen; Hyperolinfarbe der Hyperolinfarbwerke R. Deininger, Ober-Ramstadt in Hessen; schliesslich gewöhnliche Leimfarbe. Die Versuche wurden in der Weise angeordnet, dass je zwei Thon- oder Eichenholzplatten mit den Farben bestrichen und nach dem Trocknen mit einer Kultur von Krankheitserregern beschickt wurden. Je eine Platte wurde dann im Dunkeln, die andere bei Licht bei Zimmertemperatur aufbewahrt und zu bestimmten Zeitpunkten, 4 Stunden bis 30 Tage, auf die Lebensfähigkeit des geimpften Materials untersucht.

Das Gesammtresultat der in verschiedenen Tabellen zusammengestellten Einzelergebnisse ist folgendes: Die kräftigste desinfizirende Wirkung hatten die Farben: Pef 2097 B, Pef 2098 B und die beiden Oelfarben, dann folgen Pef 2092 und Zoncafarbe, dann Pef 2093 und schliesslich Amphibolin-, Hyperolin- und Leimfarbe, welche letzteren man überhaupt kaum mehr desinfizirend nennen kann.

Nun handelte es sich darum, die Ursachen dieser Verschiedenheit der Desinfektionskraft der einzelnen Farben aus ihrer Zusammensetzung zu erklären. Da der Farbstoff namentlich bei den vier Porzellanemaillefarben derselbe ist, musste es wohl das Bindemittel sein, welchem die desinfizirende Wirkung zuzuschreiben ist. Dieses ist bei einzelnen Farben Terpentinöl, bei den anderen mehr oder weniger reines gekochtes Leinöl. Schon früher war die Vermuthung ausgesprochen worden, dass diejenigen Farben, die Ozon oder Wasserstoffsuperoxyd entwickeln, die wirksamsten als Desinfizientien seien; diese Ansicht wurde aber vom Verf. durch eine Reihe von Versuchen widerlegt. Er fand im Gegentheil, dass diese Gase, die sich ja aus Terpentinöl am reichlichsten entwickeln, viel weniger keimtödtend sind als die gasförmigen Zersetzungsprodukte des Leinöls: Formaldehyd, Ameisensäure, Kohlensäure etc.

Nachdem die hygienische Ueberlegenheit der Leinölfarben, also der Farben Pef 2097 B, Pef 2098 B, der Bleiweiss- und der Zinkweissölfarben bewiesen war, musste unter diesen noch eine Auswahl in Bezug auf ihre technische Brauchbarkeit getroffen werden. Diese fiel zu Gunsten der Porzellanemaillefarben aus, welche vor den beiden Oelfarben den Vorzug leichter Streichbarkeit und grosser Deckkraft — also geringeren Materialverbrauches — haben und einen glatten Anstrich liefern, der weder durch Abwaschungen mit Karbol- und Sublimatlösungen, noch durch Formalindämpfe angegriffen wird. Schlockow.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen.

Sektion für Chirurgie.

(Fortsetzung.)

Schlagintweit-Müchen, Kritik der Bottini'schen Operation. Die Beurtheilung der Bottini'schen Operation ist keine gleichmässige; neben uneingeschränkten Lobpreisungen finden sich die abfälligsten Kritiken. Einheitliche Gesichtspunkte in die Feststellung ihrer Erfolge hat Freudenberg gebracht, welcher als Grundsätze aufstellte, dass ein an Prostatahypertrophie leidender Mann als geheilt zu betrachten ist, wenn er zur Urinentleerung eines Katheters nicht mehr bedarf, Urin in freiem Strahle zu lassen im Stande ist und die Blase nach dem Uriniren nur sehr wenig Resturin enthält. Diese Heilung tritt nach der Bottini'schen Operation in 50—60 % ein.

Als Besserung ist es zu bezeichnen, wenn eine vollständige Harnverhaltung nicht mehr eintritt und nur geringer Harndrang und mässige Schmerzen bestehen. Sie erfolgt in 20—30 %. Ungebessert bleiben 13—18 %; dem Eingriff erliegen 4,5—8 %.

Die Vorzüge der Operation, welche bekanntlich darin besteht, dass mit einem katheterförmig gebogenen, verdeckt eingeführten, und galvanisch zum Glühen gebrachten Messer Einschnitte in die vergrösserte Prostata gemacht werden, bestehen im Wesentlichen darin, dass sie ohne Narkose ausführbar ist und im Falle des Misslingens wiederholt werden. Ein langes Krankenlager ist nicht erforderlich, was für die meist bejahrten Kranken wegen der Gefahr der Pneumonie ein nicht zu unterschätzender Vortheil ist.

Ueble Zufälle während der Operation sind selten; sie bestehen im Verbiegen des glühenden Messers, Durchbrennen

der Klinge oder Versagen des Stromes besonders bei Akkumulatorenbetrieb. Fieber tritt im Anschluss an den Eingriff nur in den Fällen von eiteriger Cystitis auf: Nachblutungen können sich noch bis zum 20. Tage einstellen; Thrombosen und Pneumonien in ihrem Gefolge gehören zu den Seltenheiten.

Kontraindikationen gegen die Operation geben nur übergrosser Marasmus, eiteriger Blasenkatarrh und schwere Pyelo-Nephritis ab; dagegen sollte Blasenlähmung nicht von der Operation abhalten, da die Funktion des Detrusor sich wiederherstellen kann.

Der ganze Erfolg der Operation hängt, da die Hypertrophie bald den einen, bald den andern, bald alle Lappen der Drüse befallen kann, davon ab, dass die auszuführenden Schnitte in der richtigen Anzahl, Länge, Richtung und Reihenfolge ausgeführt werden. Am besten orientirt man sich vor Ausführung der Operation durch das Cystoskop über die Gestaltung der Drüse, doch sind Täuschungen leicht möglich. Mit dem in dem Mastdarm eingeführten Finger wird die Prostata während der Operation fixirt und die Schnittführung kontrollirt.

Sch. demonstrirt mittelst Epidiaskops eine grosse Reihe sehr schöner Photographien von Prostata-Hypertrophie, welche er nach Präparaten der Sammlung Guyon des Hospitals Necker zu Paris aufgenommen hat.

Diskussion. Strauss-Frankfurt a. M. glaubt, dass durch die Cystoskopie die Bottini'sche Operation viel von ihrer Unsicherheit verloren hat. Im Nothfalle kann die Operation in zwei Zeiten vorgenommen werden, nachdem man sich über die Lage des ersten Schnittes cystoskopisch orientirt hat.

Kümmell-Hamburg hat mit der Operation eine Reihe guter Resultate erzielt und freut sich, dass die Methode mit einem verbessertem Instrumentarium jetzt allgemeine Anwendung gefunden hat.

Schlagintweit kann nicht zugeben, dass bei zweizeitiger Operation die Sicherheit grösser ist, da man nicht mit Gewissheit das Messer dorthin zu bringen im Stande ist, wo man auf Grund des vorher erhaltenen Bildes den Schnitt auszuführen beabsichtigt. Häufig täuscht man sich auch in der Bestimmung der hypertrophirten Lappen.

Trendelenburg-Leipzig. Ueber Heilung der angeborenen Blasenspalte mit Kontinenz. Da die Blasenektopie meistens mit grosser Diastase der Schambeine verbunden ist, welche die Bildung der Blase und Harnröhre sehr erschwert, hat P. bekanntlich, um einen Schluss der Symphyse zu ermöglichen, der eigentlichen Plastik eine Operation vorausgeschickt, welche bezweckt, die Schambeine einander zu nähern. Er durchschneidet die Synchondroses sacroiliacae und presst dann die Darmbeinschaufeln aneinander. Erst nachdem die Schambeine einander näher gerückt sind, wird die Blase zum Theil von ihrer Grundlage abgelöst, ihre Ränder angefrischt und genäht.

Nach dieser Methode hat T. früher 6 Kranke operirt, von denen zwei an Pyelonephritis bezw. Jodoformvergiftung starben, zwei mit Inkontinenz, zwei mit ziemlich vollständiger Kontinenz geheilt wurden. Er fügt diesen Fällen drei weitere hinzu, von denen besonders der eine von sehr schönem Erfolg begleitet gewesen ist. Allerdings waren zur Erreichung desselben im Verlaufe von 2 Jahren fünf Operationen nothwendig, welche in Spaltung der Synchondrosen, Anfrischung und Naht der Blase bis auf eine kleine, zunächst offen gelassene Stelle in der Mitte, Bildung der Harnröhre, Verschluss der Oeffnung in der Blase durch Lappenbildung und Vernähung einiger zurückgebliebenen Fisteln nach vorheriger Anfrischung bestanden. Der Urin wurde während der ganzen Behandlungszeit durch die von Perthes in die Chirurgie eingeführte Bunsen'sche Wasserstrahl-Luftpumpe fortgesaugt. Der 6jährige Knabe ist jetzt im Stande, den Urin $1^1/_2$ bis 2 Stunden zu halten und willkürlich in kräftigem Strahl zu entleeren.

Bevor man sich also entschliesst, als letztes Hülfsmittel die Vernähung der Harnleiter in die Flexura sigmoidea nach Maydl vorzunehmen, soll man mit dem Verfahren T.'s wenigstens einen Versuch machen.

Diskussion. von Eiselsberg-Wien hat achtmal die Maydl'sche Operation ausgeführt. Zwei Kranke starben an Peritonitis, einer an aufsteigender Pyelonephritis, fünf sind geheilt, von ihnen einer mit Kontinenz des Mastdarms.

Zuckerkandl-Wien, Ueber Blasensteinoperationen, hat in 150 Fällen Blasensteine entfernt und zwar 199 Mal durch Lithotrypsie. Diese Operation hat den Vorzug, dass sie bei oberflächlicher Narkose ausführbar ist. In den meisten Fällen genügt zur Schmerzstillung schon die Infusion von 50 ccm einer fünfprozentigen Antipyrinlösung in den Mastdarm. Die Mortalität nach der Operation betrug nur 3,6 Prozent. Die Lithotrypsie ist deshalb überall da auszuführen, wenn der Stein zugänglich und nicht zu gross ist.

Die perineale Lithotrypsie, welche Z. in einem Falle anwandte, stellt einen grossen Fortschritt in der Behandlung der Blasensteine dar; sie ist indizirt in allen Fällen, bei denen der Weg durch die Harnröhre aus irgend einem Grunde (Prostatahypertrophie, Strikturen, Harnröhrensteine) nicht gangbar ist.

Der hohe Steinschnitt wurde 37 Mal ausgeführt und zwar nur dann, wenn die Litbrotrypsie nicht anwendbar war. In acht Fällen nahm Z. primäre Naht der Blasenwunde vor, welche fünf Mal per primam heilte. Es starben im Anschluss an die Operation 13,3 Prozent. Da der hohe Steinschnitt ein verhältnissmässig grosser Eingriff ist, welcher erhebliche Gefahren mit sich bringt und eine lange Heilungsdauer erfordert, so ist seine Anwendung nur da angezeigt, wo sehr grosse harte Steine das Fassen mit dem Lithotryptor unmöglich machen, oder wandständige oder Uretherblasensteine vorliegen, oder es sich um Fremdkörpersteine und Komplikationen mit Neubildungen handelt.

Casper-Berlin, Die Verwerthung der funktionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie.

Der Harn beider Nieren wird durch Katheterisirung des einen Harnleiters und Entnahme des von der anderen Niere gelieferten Urins aus der Blase getrennt und gleichzeitig aufgefangen. Dann wird durch Feststellung des ausgeschiedenen Stickstoffes, Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung nach Koranyi und Ermittelung des nach vorheriger subkutaner Phloridzin-Injektion im Harn enthaltenen Zuckers die Funktionsfähigkeit der Nieren bestimmt.

Bei gesunden Nieren sind alle Werthe beiderseits gleich, bei einer kranken Niere dagegen erniedrigt und zwar um so mehr, je weiter die krankhaften Veränderungen vorgeschritten sind.

Auch für die Diagnostik der übrigen Unterleibsorgane kann die Funktionsbestimmung der Nieren von Wichtigkeit sein. C. theilt neun derartige Fälle mit.

Unter dem rechten Rippenbogen einer Frau hatte sich eine Geschwulst gebildet, welche mit der rechten Niere zusammenhing. Der Urin beider Nieren war gleich. Der Tumor konnte also die Nierenfunktionen nicht wesentlich verändert haben. Durch die Operation (Rotter) wurde ein Adenom der Nebenniere entfernt, welches die intakte Niere umwuchert hatte.

Eine Frau erkrankte unter rechtsseitigen Nierenkolikerscheinungen, die jedoch bald schwanden. Nach einem Jahr traten dieselben Schmerzen mit grosser Intensität in der linken

Niere auf. Die Untersuchung des Harns ergab Herabsetzung des Stickstoff- und Zuckergehaltes und Erniedrigung des Gefrierpunktes des Harns der rechten Niere gegenüber dem der linken. Es musste also der Stein in der rechten Niere sitzen. Die Operation (Rotter) bestätigte die Diagnose.

Im dritten Falle war festzustellen, ob ein Tumor der Niere oder dem Nierenbecken angehörte. Die Niere lieferte zwar etwas verdächtigen Urin, doch konnten die etwaigen krankhaften Veränderungen nur gering sein. Bei der Operation fand man mehrfache Cysten, welche in normalem Nierengewebe lagen.

In den übrigen Fällen handelte es sich um die Differentialdiagnose zwischen Tumor, Nierensteinen, perityphlitischem Abscess, Gallensteinkoliken u. s. w. Die vorgenommenen Untersuchungen haben nie versagt.

Kümmell-Hamburg, demonstrirt eine Anzahl durch Röntgen-Bestrahlung geheilter Lupuskranker. Keine andere Methode wirkt so schonend und liefert so glatte und gute Narben, wie diese. Die randständigen Lupusknötchen trotzen der Behandlung am längsten; sie kommen am schnellsten unter Lichtbestrahlung nach Finsen zur Ausheilung.

Schuchardt-Stettin. Ueber Operationstische.

Die bisher konstruirten Universaloperationstische sind minderwerthig und in ihrem Gebrauch schwierig zu handhaben. Für die meisten Operationen genügt horizontale Lagerung.

Die Spezialoperationstische sind für bestimmte Operationen konstruirt. Die Beckenhochlagerung wird am einfachsten durch den Veit-Schröder'schen Untersuchungsstuhl erreicht, dessen Rückenplatte sich herunterschrauben lässt, während die Sitzplatte aufwärts drehbar ist. Der Kranke wird in den Kniekehlen gehalten, während Kopf und Schulter frei herunterhängen.

Sch. demonstrirt einen von ihm konstruirten und von Stille-Stockholm angefertigten Operationstisch, welcher verschiedene Stellungen in Beckenhochlagerung, Fixirung für Kopf- und Halsoperationen etc. ermöglicht.

Riedinger-Würzburg: Ueber willkürliche Verrenkung des Oberarms, stellt einen 12jährigen Knaben vor, welcher im Stande ist, seinen rechten Oberarm nach hinten und unten zu verrenken und wieder einzurenken. Das Schulterblatt steht hierbei in horizontaler Ebene. Die Verrenkung wird ermöglicht durch kongenitale mangelhafte Ausbildung der die Bewegung hemmenden Kochentheile und Gelenkkapselbänder. Der Knabe ist in seiner Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich behindert, da er schwere Gegenstände zu heben und fast alle Arbeit zu verrichten vermag. Demonstration eines Röntgenbildes.

Diskussion: Alsberg-Kassel beobachtete gleichfalls einen Knaben, der dieselbe Subluxation in beiden Schultergelenken hervorzubringen im Stande war, hierdurch jedoch von seiner Arbeitsfähigkeit in keiner Weise eingebüsst hatte.

Lorenz-Wien: Ueber die unblutige Behandlung des muskulären Schiefhalses.

Die üblichen Methoden der Behandlung richten sich gegen das Caput obstipum, während der Schiefhals als solcher bei den meisten unberücksichtigt geblieben ist. Es ist für den Erfolg gleichgiltig, in welcher Weise der Muskel, ob subkutan oder offen durchschnitten wird; nur die völlige Exstirpation desselben soll wegen der entstehenden grossen, sich retrahirenden Narbe und wegen der unschönen flachen Form des Halses an der operirten Seite vermieden werden.

L. hat bei jugendlichen Individuen den Muskel durch Ueberdehnung subkutan zerrissen. Das Verfahren hat den Vortheil, dass der Muskel erhalten bleibt und jede Narbe fehlt. Bei älteren Kranken wird man zur Durchschneidung seine Zuflucht nehmen müssen; es sollte aber in jedem Falle zunächst die völlig gefahrlose Durchreissung versucht werden.

Ist auf diese Weise der Widerstand des Muskels beseitigt, so beginnt der zweite ausserordentlich wichtige Abschnitt der Behandlung, das modellirende Redressement der Halswirbelsäule. Das erreichte Resultat wird jedes Mal durch Verbände fixirt.

Die subkutane Zerreissung des Muskels ist auch insofern von Interesse, als sie die Stromeyer'sche Theorie von der Entstehung des Schiefhalses widerlegt. Wäre es richtig, dass das Caput obstipum durch Muskelriss während der Geburt entstände, so müssten alle durch Muskelzerreissung geheilten Fälle rezidiviren, was nicht der Fall ist.

Diskussion: Joachimsthal-Berlin hat mehrfach Beobachtungen von sicher angeborenem Schiefhals gemacht. Er bevorzugt bei der Behandlung die offene Durchschneidung des Muskels und hat ohne weitere Nachbehandlung stets gute Resultate gesehen. Die Aetiologie des Schiefhalses ist verschieden; man findet ihn auch vererbt.

Schanz-Dresden berichtet über einen Neugeborenen, bei welchem er gleich nach der Geburt keine Abweichungen am Halse fand. Erst am dritten Tage stellte sich ein Hämatom im Muskel ein. Sch. ist der Ansicht, dass wenn das Kind nicht sofort in Behandlung genommen wäre, sich mit Sicherheit ein Schiefhals entwickelt hätte. Um eine Verwachsung der durchschnittenen Muskelstümpfe zu vermeiden, drückt Sch. dieselben auseinander und hält den Kopf in korrigirter Stellung durch einen dicken Watteverband sechs Wochen lang fixirt.

Petersen-Kiel hat sich als Erster gegen die Stromeyer'sche Theorie gewandt. Wenn sich an den Riss eine Myositis anschliesst, kann allerdings hierdurch eine Verkürzung entstehen. Ein Theil der Schiefhälse ist sicher angeboren; aber es giebt Fälle, bei denen sich das Leiden mit Bestimmtheit erst vom 4. und 5. Lebensjahre an entwickelt.

Hoffa-Würzburg: Experimentelle Begründung der Sehnenplastik.

Bisher lagen Untersuchungen über die Heilungsvorgänge bei Sehnenüberpflanzungen, wie sie jetzt zahlreich ausgeführt werden, nicht vor. H. führte deshalb an Hunden und Katzen Sehnenplastiken aus, tödtete die Thiere nach verschieden langer Zeit und untersuchte die Operationsstelle mikroskopisch in Serienschnitten. In einem Falle konnte er auch von einem Kranken, bei dem eine Nachoperation erforderlich war, ein Präparat gewinnen.

An dem Aufbau der nach der Operation entstehenden Narbe betheiligen sich das Sehnengewebe, das peritendinöse Bindegewebe sowie die zwischen beiden gelegenen Gewebsmassen. Die histologischen Veränderungen gleichen durchaus denen, wie sie sich bei Heilung nach einfachen Tendotomien abspielen. In die Narbe dringen zahlreiche Bündel junger Sehnenfasern ein, welche unter sich ein enges Geflecht bilden und nach Ablauf der ersten Wochen die Stelle des bis dahin bestehenden Bindegewebes einnehmen.

Wurde die Operation nicht ganz aseptisch ausgeführt, so übertraf bei Weitem die Bildung jungen Bindegewebes die von der Sehne ausgehende Gewebsneubildung. Die Heilung wurde verzögert, wenn sich grössere Blutkoagula an der Operationsstelle angesammelt hatten. Die durch die Naht zusammengeschnürten Gewebstheile sterben ab; an ihre Stelle tritt zunächst Bindegewebe und später Sehnenmasse.

Es folgt hieraus, dass für das gute Gelingen einer Sehnenplastik absolute Asepsis und genaueste Blutstillung Vorbedingungen sind.

Lange-München: Die Bildung von Sehnen aus Seide bei der periostalen Verpflanzung.

Da bei der alten Methode, welche in Vernähung des kraftspendenden Muskels mit der gelähmten Sehne besteht, eine nachträgliche Dehnung der Sehne eintreten kann, hat L. vor zwei Jahren, empfohlen, die gesunde abgespaltene Sehne direkt mit dem Periost zu vernähen. Hierzu reicht aber die Länge der Sehne oft nicht aus, weshalb L. das fehlende Stück durch eine 4 bis 8fache Lage stärkster Seidenfäden ersetzt hat, so dass das eine Ende mit dem Sehnenstumpf vernäht, das andere unter stärkster Spannung in das Periost eingepflanzt wurde. Alle bisher ausgeführten 44 Operationen heilten primär; eine Fadenausstossung erfolgte in keinem Falle; zwei mal durchschnitt die Seidensehne bei starker Spannung die Haut.

Die Funktion der Sehnen war stets tadellos. Allmählich bildete sich um die seidene Sehne eine neue von echtem Sehnengegewebe, welche die Eigenschaften einer normalen Sehne besass. Die Länge der neuzubildenden Sehne ist scheinb ar unbeschränkt, doch tritt die Entwicklung von Sehnengewebe nur ein, wenn der zugehörige Muskel dauernd unter normal er Spannung gehalten wird.

Diskussion: Wolff-Berlin versenkt die Sehne, anstatt sie mit dem Periost zu vernähen, in eine neugebildete Knochenrinne und vereinigt die Knochenhaut über derselben. Eine Sehnenverlängerung nimmt er auf die Art vor, dass er in offener Weise zu beiden Seiten mehrfache Einkerbungen anlegt und die Sehne auseinander zieht, ohne dass irgendwo ihre Kontinuität gänzlich unterbrochen ist.

Hoffa empfiehlt dem gegenüber das Bayer'sche Verfahren der Sehnenverlängerung, welches in subkutaner Einkerbung des oberen Sehnenrandes auf der einen, und des unteren auf der anderen Seite besteht.

Wolff hält die subkutane Ausführung dieser Methode nicht für möglich.

Auf eine Anfrage von Vulpius theilt Lange mit, dass er die benutzte Seide durch 10 Minuten andauerndes Auskochen in einprozentiger Sublimatlösung sterilisirt.

Petersen-Kiel empfiehlt statt der Seide die Benutzung von Silkworm, welches leicht zu sterilisiren ist, von Flüssigkeiten nicht durchtränkt wird und auch gegen das Eindringen von Bakterien gesichert zu sein scheint. P. entfernte vor Jahren aus der Achillessehne des Kaninchens ein grösseres Stück, welches sich durch neues Sehnengewebe ersetzte. Eine histologische Untersuchung fand nicht statt.

Reimer-Wien: Ueber Epiphyseolyse bei Genu valgum.

R. führt, um die Stellungsanomalie beim X-Bein auszugleichen, auf einem von ihm konstruirten und demonstrirten Apparat eine gewaltsame Trennung der Epiphysenfuge des Oberschenkelknoches herbei, korrigirt hierauf die Stellung und fixirt dieselbe durch einen Gipsverband. Die Methode, welche bis zum 18. Lebensjahre ausführbar ist, eignet sich weniger für rachitische X-Beine, als für die Genua valga adolescentium.

Diskussion: Trendelenburg-Leipzig, fragt an, ob R. Röntgenbilder vorlegen könne, welche beweisen, das die Trennung wirklich in der Epiphysenfuge erfolgt sei, und ob keine Wachsthumsstörungen zu befürchten seien.

Reimer. Wachsthumsstörungen stellen sich nach eingehenden Untersuchungen dann nur ein, wenn entweder die Dislokation der Fragmente eine grosse ist, oder sich eine starke Entzündung an das Trauma anschliesst. Beides ist bei seinem Verfahren nicht der Fall. Röntgenbilder werden der ausführlichen Veröffentlichung der Methode beigegeben.

Wolff-Berlin hält den Bruch in der Epiphysenfuge für ein sehr unangenehmes Ereigniss; er hat mit seinem Etappenverband gute Erfolge erzielt.

Reimer. Während bei Anwendung des Etappenverbandes die Korrektur der Stellung in Monaten und Jahren oft nicht erfolgt, sind die mit Epiphyseolyse behandelten Kranken in 5—6 Wochen geheilt. Niehues-Berlin.

(Schluss folgt.)

II. Kongress der Lebensversicherungs-Aerzte zu Amsterdam.

(Fortsetzung.)

Chefarzt Dr. **Siredey**-Paris: „Glycosurie und Lebensversicherung“.

Die Glycosurie hat das mit der Albuminurie überein, dass allen Gesellschaften der einfache Nachweis von Zucker im Harn genügt, um sofort abzuweisen; aber ebensowenig wie dort ist auch hier dieses generelle Verfahren zu billigen, denn jeder Arzt kennt Fälle genug, die sich lange einer durchaus guten Gesundheit erfreuten und viele, die das mittlere Alter weit überschritten. Freilich fehlt auch hier noch jede statistische Grundlage und sie wird nicht eher zu beschaffen sein, als bis die Gesellschaften selbst sich entschliessen, bestimmte Gruppen von Glycosurikern zur Versicherung in irgend einer Form zuzulassen. Leider stehen dem aber nicht minder grosse Schwierigkeiten im Wege, als bei der Albuminurie; am Wenigsten ist auch hier der Vertrauensarzt im Stande, durch seine einmalige Untersuchung des Urins gesicherte Grundlagen für eine Eintheilung zu geben, denn es bedarf immer schon einer lang dauernden Beobachtung, um auch nur annähernd die Frage zu entscheiden, ob im gegebenen Falle Diabetes oder nur Glycosurie zu diagnostiziren ist? Anhaltspunkte giebt uns zwar die Klinik in grosser Menge, aber in so wenig bestimmter Form, dass noch heute der Satz gerechtfertigt ist, es giebt keinen Diabetes, keine Glycosurie, sondern nur Diabetiker und Glycosuriker.

Vortragender geht auf die klinischen Beobachtungen und Erfahrungen sehr ausführlich ein; wir geben hier nur noch seine Schlussfolgerungen, die er allein aus Allem ableiten kann, und von denen er glaubt, dass sie als einstweilige Grundlagen zur Versicherung von Glycosurikern brauchbar sind:

1. Unter einem Lebensalter von 35 Jahren ist jeder Antragsteller, der Zucker im Urin hat, mag seine Gesundheit sonst sein, wie sie will, abzuweisen.

2. Immer abzuweisen ist auch der ältere Glycosuriker, wenn sein allgemeiner Habitus mager ist.

3. Eine Ausnahme machen nur die sogenannten nervösen Glycosuriker (Sorgen, Ueberarbeitung, Trauma), wenn sie mindestens 6 Monate in Beobachtung gestanden haben und während dieser Zeit Zucker niemals wieder gefunden worden ist.

4. Mit einer Zuschlagsprämie versicherbar sind die korpulenten Glycosuriker, die älter als 35 Jahre sind und sich sonst in jeder Hinsicht einer guten Gesundheit erfreuen.

Chefarzt Dr. **Salomonsen**-Kopenhagen: „Syphilis und Lebensversicherung“.

Veranlassung, auch dieses Thema wieder auf die diesjährige Tagesordnung trotz seiner erschöpfenden Behandlung auf dem I. Kongress zu setzen, giebt dem Vortragenden eine Rede, die der Chefarzt der „Kaleva“, Professor Dr. Runneberg, auf dem nordischen Lebensversicherungs-Kongress in

Helsingfors gehalten hat und die dann, in die Presse übergehend, ein Interesse erregt hat, das ihr durchaus nicht zukommt.

Runneberg hat die Sterbefälle seiner Gesellschaft der Jahre 1875—1897 untersucht. Es sind im Ganzen 734 bei einem Gesammtversicherungsbestande von 11 359 Personen. 619 dieser Versicherten hatten Syphilis deklarirt, 10740 hatten eine davon freie Anamnese. Die Sterblichkeit der Letzteren betrug 6,1 Prozent, die der Ersteren 12,6 Prozent, also mehr als das Doppelte. An Phthise hatte die Gesellschaft in dem gleichen Zeitraum 21,3 Prozent, an Pneumonie, der dann in Betracht kommenden Krankheit, 10 Prozent verloren, und Runneberg zieht nun sofort den Schluss, dass nächst der Tuberkulose die Syphilis die Krankheit sei, die die Gesellschaften am meisten zu fürchten hätten, aber die gerade in der Lebensversicherung noch lange nicht die Würdigung finde, die sie verdiene. Wichtig ist zunächst natürlich, einmal die Todesursachen der 12,6 Prozent (84) Syphilitiker nachzusehen. Es finden sich 22 progr. Paralysen, 7 Tabesfälle, 2 Aorten-Aneurysmen, 31 Fälle von Herzkrankheiten, 14 von Apoplexien, 3 von chronischen Nierenerkrankungen, 2 Arteriosclerosen, 1 Karies, 1 Tumor colli, 1 Phthise. Die Zeit, in der diese Krankheiten nach der stattgehabten syphilitischen Infektion auftraten resp. zum Tode führten, betrug im Mittel 20,2 Jahre. Die progr. Paralysen, Tabes und die Aorten-Aneurysmen sind nach dem Standpunkt der heutigen Wissenschaft mit grosser Wahrscheinlichkeit mit Runneberg der Syphilis zuzuzählen, ob aber auch die anderen Todesursachen, ist doch mehr als zweifelhaft. Vortragender giebt eine Reihe von Statistiken anderer Gesellschaften, die einwandfrei zeigen, dass die Herzkrankheiten, Apoplexien etc. ganz unabhängig von der Lues ebenso frühzeitig und ebenso häufig beobachtet werden, und dass es nicht angängig ist, wie Runneberg schliesslich behauptet, dass 75 Prozent der Apoplexien vor dem 50. Lebensjahr und 50 Prozent der Herzkrankheiten des gleichen Alters der Syphilis ohne Weiteres zugeschrieben werden müssten. Bestände thatsächlich eine so grosse Gefahr mit der Versicherung der Syphilitiker, dann würde es zweifellos das Richtigste sein, überhaupt keinen Antragsteller mehr zu versichern, der Syphilis in der Anamnese hat, aber merkwürdiger Weise tritt Runneberg selbst für ihre weitere Versicherung ein unter den Kautelen, die wohl überall angewandt werden, der dreijährigen Karenzzeit und der Forderung der kontinuirlichen Behandlung.

Chefarzt Dr. **Dyce-Duckworth**-London: „Alkohol und Lebensversicherung".

Wirkliche Säufer sind für gewöhnlich leicht zu erkennen und von der Versicherung fernzuhalten, nicht so die Klasse der Alkoholiker, auf die Vortragender die Aufmerksamkeit lenken will. Es sind dies die Leute, die gewohnt sind, täglich Alkohol in irgend einer Form zu sich zu nehmen, gemeinhin für durchaus solid gelten, weil sie nie den Früh- oder Abendschoppen bis zur Trunkenheit ausdehnen und so auch immer der Lebensversicherung als gute Acquisitionen empfohlen werden. Und in der That findet der Vertrauensarzt ausser Korpulenz für gewöhnlich nichts Belastendes, aber gerade sie sind durchaus schlechte Risiken und schädigen die Lebensversicherung mehr als selbst die Tuberkulose, denn sie sind die Opfer der frühzeitigen Arteriosclerose und der akuten Krankheiten.

Der Aufnahme dieser Leute auch in Zukunft zu steuern, hält schwer; Duckworth sieht die Abhilfe nur darin, dass in der Deklaration die genaue Angabe des pro Tag verbrauchten Alkohols in Wein, Bier u. s. w. gefordert wird. Als die höchst zulässige Tagesdosis für ein Normalrisiko erachtet er 2 Unzen (= 57 g). Jeder Mehrverbrauch bedingt Alterserhöhung, grössere Ueberschreitungen die Abweisung.

Dr. **van der Burg**-Laag Soeren: „Lebensversicherung und Tropen".

In Betracht kommen hier 3 Gruppen von Antragstellern, erstens solche, welche nach den Tropen gehen wollen, zweitens solche, welche dort sich aufhalten, drittens solche, welche von dort zurückgekehrt sind.

Die wenigste Sorge macht der Antragsteller der ersten Gruppe, sofern er nur körperlich und geistig gesund ist. Und selbst wenn er zur Tuberkulose oder zu Nierenkrankheiten disponirt ist, wird man ihn eher versichern können, als wenn er dauernd in der gemässigten Zone bliebe. Anders freilich, wenn er zu Erkrankungen des Intestinaltraktus, des Herzens und des Nervensystems hinneigt; hier ist Vorsicht am Platze. Die Gepflogenheit der Gesellschaften, alle in die Tropen Gehenden mit einer Zuschlagprämie zu belegen, ist durchaus gerechtfertigt, schon aus dem Grunde, weil alle Statistiken zeigen, dass die Sterblichkeit dort eine grössere ist als zu Hause. Denn „der weisse Mann ist nicht immer ein weiser Mann". Ganz besonderer, aber auch ganz verschiedener Massnahmen bedarf die zweite Gruppe je nach dem Orte und den hygienischen Verhältnissen der Kolonie, in der der Antragsteller lebt. Am Besten studirt ist die dritte Gruppe. Jeder Uebergang von einem zu einem anderen Klima macht die Akklimatisation nothwendig; sie ist leichter beim Uebergang von einem heissen zu einem kühlen Klima als umgekehrt; sie wird von den Männern besser vertragen als von den Frauen und umso besser, je vorgeschrittener das Alter ist. Die häufigste Todesursache der Zurückgekehrten ist die Pneumonie, aber auch die Nieren bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit, weil sie jetzt wieder mehr in Anspruch genommen werden als in den Tropen. Durchaus zu empfehlen ist, dass die Gesellschaften die Zuschlagprämien der Tropen noch ein Jahr lang nach der Rückkehr fortbestehen lassen, resp. Heimgekehrte erst aufnehmen, wenn das erste Jahr vorüber ist. Aber auch dann ist erst die Aufnahme möglich, wenn irgend welche Spuren überstandener Tropenkrankheiten nicht mehr bestehen. Im Vordergrund des Interesses, ihrer Häufigkeit wegen, stehen hier die Psilosis und die chronische Dysenterie, die beide die Versicherung ausschliessen. Geheilte Leberabcesse kontraindiziren die Versicherung in keiner Weise, ebensowenig die nicht seltene Neurasthenie. Immer abzuweisen sind die Beri-Beri Befallenen; erst ein Jahr nach dem letzten Anfall zu versichern, die Malaria-Kranken. Zu achten ist endlich auf das Vorkommen des Aortenaneurysma, dessen Entstehung manche Autoren den Tropen direkt zuschreiben. Die nicht selten kurz nach der Rückkehr zur Beobachtung kommenden Herzgeräusche sind irrelevant, bedürfen aber der Erwähnung, weil sie leicht einen Herzfehler vortäuschen können.

(Fortsetzung folgt.)

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Keine Rente für den Verlust eines grossen Theiles des rechten kleinen Fingers.

Rekurs-Entsch. vom 1. Februar 1900.

Der Schaffner W. B. aus B. erhielt in Folge einer am 26. Dezember 1897 durch Betriebsunfall erlittenen Abquetschung eines Theils des rechten kleinen Fingers zuletzt auf Grund des durch schiedsgerichtliche Entscheidung vom 17. Januar 1899 bestätigten Bescheides der Berufsgenossenschaft vom 27. Oktober 1898 seit dem 1. November 1898 eine

Rente in Höhe von 10 pCt der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit. Durch Bescheid der Genossenschaft vom 24. Juli 1899 wurde die Zahlung der Rente vom 1. August 1899 ab eingestellt, weil nach dem Gutachten des Dr. H. vom 10. Juli 1899 eine Erwerbsunfähigkeit nicht mehr vorliege. Gegen diesen Bescheid legte B. Berufung beim Schiedsgericht ein, welches die Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft verurtheilte, dem Kläger auch fernerhin 10 pCt. Rente zu zahlen, indem u. A. Folgendes ausgeführt wurde: Wie gerichtskundig geworden ist, hat sich der Kläger bei dem Unfall nicht allein einen Theil des kleinen Fingers abgequetscht, sondern es ist mit demselben auch gleichzeitig die ganze Sehne ausgerissen worden. Dieser Umstand lässt nach Ansicht des Gerichtshofes die Klagen des Verletzten darüber, dass auch der Ringfinger in Mitleidenschaft gezogen sei, als berechtigt erscheinen, zumal die im Verhandlungstermin vorgenommene Besichtigung der verletzten Hand erwiess, dass der Ringfinger thatsächlich in seiner Bewegungsfähigkeit beschränkt ist. Mit Rücksicht hierauf glaubte der Gerichtshof die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der bisherigen Rente für verpflichtet erachten zu sollen. Gegen diese Entscheidung legte die Berufsgenossenschaft Rekurs mit dem Antrage ein, den Bescheid vom 24. Juli 1899 wieder herzustellen. Sie überreichte durch Geschäftsführer Z. ein von Dr. L. unter dem 10. November 1899 erstattetes Gutachten und führte aus, dass der Kläger durch die Folgen des Unfalls vom 26. Dezember 1897 in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr beschränkt werde. Nachdem das Reichs-Versicherungsamt die rechte Hand des B. besichtigt hatte, änderte es die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Wie der Augenschein ergiebt, ist die Beweglichkeit des rechten Ringfingers des Klägers, wenn überhaupt, so doch jedenfalls nur in einem so unerheblichem Grade herabgesetzt, dass dadurch der Faustschluss nicht gehindert und die Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand nicht gestört wird. Hiervon abgesehen, bestehen die Unfallfolgen nur noch in dem Verluste eines grossen Theiles des rechten kleinen Fingers — es ist nur noch vom Grundgliede die Hälfte vorhanden. Das Stumpfende ist aber fast verheilt und nicht mehr wie früher, in nennenswerthem Masse druckempfindlich und bei der Arbeit hinderlich. Der Unfall hat also keine im wirthschaftlichen Leben als messbarer Schaden zum Ausdruck kommende Erwerbsunfähigkeit zur Folge. Mit Recht habe daher die Berufsgenossenschaft die Rentenzahlung gemäss § 65 des Unfallversicherungsgesetzes eingestellt. Wenn der Kläger nicht mehr im Stande sein sollte, seinen bisherigen Beruf als Omnibusschaffner auszufüllen, so liegt der Grund hierfür offenbar nicht in den Folgen des Unfalls vom 26. Dezember 1897, sondern in einem Krampfaderleiden, welches mit dem Unfall in keinem Zusammenhange steht. M.

Unfallfolgen bei besonders ungünstiger Körperbeschaffenheit.

(Entsch. vom 22. Febr. 1901.)

Der Kutscher Hans A. zu R. erlitt am 9. August 1899 im Fuhrwerksbetriebe einen Unfall, wobei er sich einen Bruch des rechten Oberarms und des linken Unterschenkels zuzog. Am 5. März 1900 wurde er in stationaire Behandlung des medico-mechanischen Zander-Instituts in K. aufgenommen und am 19. Mai 1900 aus demselben entlassen. Nach dem Gutachten des dirigirenden Arztes dieses Instituts Dr. L. vom 19. Mai 1900 vermag der Kläger den rechten Arm etwa 45 Grad über die Horizontale hinaus wieder zu erheben. Völliges Strecken dagegen ist bei dem Nebeneinandersitzen der Knochenenden nicht möglich, da dabei eine Hebelwirkung entsteht, die eine Ausrenkung des Oberarmknochens aus dem Schultergelenk zur Folge hat. Die Masse sind jetzt an beiden Armen gleich. Die Verkürzung ist dieselbe geblieben. Die Kraft und Leistungsfähigkeit des Armes haben sich wesentlich gehoben. Der linke Unterschenkel ist abgeschwollen, das Fussgelenk frei beweglich, die Masse bis auf Bruchtheile eines Centimeters gleich. Der Kläger, der nur mühsam mit Hilfe eines Stockes sich fortbewegen konnte, geht wieder ohne jegliche Stütze, kann sich in die Hucke setzen und wieder allein auf dem verletzten Bein stehen. Eine gänzliche Wiederherstellung des Unterschenkels war ausgeschlossen, weil eine knöcherne Vereinigung der Bruchenden fehlt. — Auf das Gutachten des Dr. L. hat die Genossenschaft die Rente auf 50 Prozent herabgesetzt. Gegen diesen Bescheid hat der Kläger Berufung eingelegt. Er beantragt die Gewährung der Vollrente, indem er sich darauf bezieht, dass er bereits 1895/96 einen Unfall in einem zur Fuhrwerks-Berufsgenossenschaft gehörigen Betriebe erlitten habe. Die Berufsgenossenschaft hat die Verwerfung der Berufung beantragt, indem sie darauf hinweist, dass die vom Kläger aus dem 1896 stattgehabten Unfall hergeleiteten Ansprüche schon durch schiedsgerichtliche Entscheidung vom 18. Dezember 1897 rechtskräftig zurückgewiesen seien. Die Berufung des Klägers wurde verworfen, Das Reichs-Versicherungsamt änderte die Entscheidung aber aus folgenden Gründen ab: Als Folgen des Unfalls vom 9. August 1899 bestehen noch eine Versteifung des rechten Schultergelenks und eine Anschwellung und Schmerzhaftigkeit an der Bruchstelle des linken Unterschenkels, bedingt durch das Ausbleiben der knöchernen Wiedervereinigung der Bruchenden. Der Kläger ist daher weder im Stande, den rechten Arm über die Horizontale zu erheben, noch ein längeres unausgesetztes Stehen oder Gehen zu leisten. Erwägt man nun, dass der Kläger schon vor dem Unfall an Schwachsinn, einer erheblichen Verkrümmung des Rückgrates, sowie auch an Schwerhörigkeit auf beiden Ohren, dazu an chronischer Heiserkeit und endlich an einem doppelten Leistenbruch litt, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass er durch die Unfallfolgen empfindlicher getroffen worden ist, als wenn er gesund gewesen wäre. Er kann seine frühere Thätigkeit als Kutscher nicht wieder aufnehmen und ist in der Hauptsache auf Arbeiten angewiesen, die er im Sitzen verrichten kann. Daher hat das Reichs-Versicherungsamt den Grad der durch den Unfall verursachten Erwerbsunfähigkeit des Klägers nach freiem Ermessen auf $66^2/_3$ Prozent veranschlagt. M.

Renten bei wechselnden Verhältnissen.

Entscheidung vom 23. Januar 1901.

Durch schiedsgerichtliches Urtheil vom 7. Oktober 1899 wurden die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft für schuldig erklärt, dem Brauer W. H. aus St. für die Folgen einer am 29. März 1899 im bayerischen Brauhaus in Pf. erlittenen Verbrennung an Händen, Hals und Nacken bis auf Weiteres die Vollrente zu gewähren. W. H. hat im August 1899 nochmals den Versuch gemacht, die Arbeit im Brauereibetriebe wieder aufzunehmen, musste solche aber wieder aufgeben, da die Hände dabei wieder aufsprangen und geschwürig wurden. Er begab sich sodann in seine Heimath zu seiner Mutter und lebte seitdem, ohne eigentlich zu arbeiten, von seiner Rente. Am 24. Juli 1900 liess ihn die Berufsgenossenschaft durch Medizinalrath Dr. G. in K. einer Nachuntersuchung unterziehen. Auf Grund des Gutachtens dieses Sachverständigen setzte sie mit neuem Bescheid vom 26. Juli 1900 die 100 prozentige Rente auf 50 pCt., bis auf Weiteres herab. Die Berufung des Klägers gegen diesen Bescheid hat das Schiedsgericht abgewiesen und u. A. ausgeführt: Nach dem einwandsfreiem Gutachten des Medizinalraths G. vom 24. Juli

1900 besteht zwar bei dem Kläger eine sehr erhebliche Beeinträchtigung in seinem Berufe, wie in seiner Erwerbsbefähigung überhaupt. Indessen ist derselbe jetzt doch soweit befähigt, wieder andere Arbeiten als in der Brauerei zu verrichten, die die Berührung der Hände mit Wasser nicht erfordern. Nach dem Augenschein bestehen an den Händen nirgends mehr Geschwüre wie solche von Dr. G. am 24. Juli 1900 an drei Stellen noch vorgefunden wurden. Der Verletzte erscheint daher auch dem Schiedsgericht wieder zur Hälfte erwerbsbefähigt, da er ja nicht allein auf die Arbeiten im Brauereigewerbe angewiesen, sondern verpflichtet ist, eventl. in sonstigen weniger schädlichen Betrieben seine noch übrige Arbeitskraft zu verwerthen. Diese Entscheidung focht der Verletzte durch Rekurs an und behauptete, dass das Urtheil des Dr. G. in einer günstigen Jahreszeit abgegeben sei, dass aber sein Zustand unter dem Einfluss schlechter Jahreszeit sich wieder verschlimmert habe, wie ein Gutachten des Dr. R. vom 24. Oktober 1900 ergebe. Das Reichs-Versicherungsamt änderte die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab. Aus den Gutachten angesehener Aerzte geht hervor, dass der Kläger in Folge des schweren Unfalls, zwar zeitweise im mässigen Grade erwerbsfähig, zeitweise aber völlig erwerbsunfähig ist. Bei der am 22. Juli 1899 erfolgten Entlassung des Klägers aus dem Krankenhause des Dr. L. in K. wurde die Erwerbsunfähigkeit von den Aerzten dieses Krankenhauses in dem Gutachten vom 26. Juli 1899 auf 20 bis 30 pCt. geschätzt. Dass der Zustand des Klägers bei der Entlassung aus dem Krankenhause kein nachhaltiger war, geht aus der Auskunft des Unfallbetriebes vom 4. Oktober 1899 hervor und erkennt auch der Dr. L. in dem Gutachten vom 20. November 1899 vorbehaltlos an. Der Kläger war zu dieser Zeit völlig erwerbsunfähig. Das bestätigt auch das Gutachten des Spitalarztes Dr. R. in Pf. vom 3. Oktober 1899. Das Urtheil des Schiedsgerichts vom 7. Oktober 1899 sprach deshalb dem Kläger für die Zeit seit der ersten Entlassung aus dem Krankenhause (seit dem 23. Juli 1899) die Vollrente zu. Das jetzt angefochtene Urtheil des Schiedsgerichts vom 17. September 1900 stützt sich auf das Gutachten des Medizinalraths Dr. G. in K. vom 24. Juli 1900, welches namentlich mit Rücksicht auf den Zustand der beiden Hände die Erwerbsfähigkeit auf noch 50 pCt. annimmt. Dagegen wird der Kläger in dem Gutachten des Dr. R. vom 24. Oktober 1900 wiederum als fast völlig erwerbsunfähig bezeichnet. Es sind, wohl in Folge der kälteren Witterung, die Narben auf dem Rücken der rechten Hand wieder aufgebrochen und es befinden sich dort zwei Geschwüre und eine grössere Schrunde; auch sind an dem Rücken der linken Hand einige kleinere wunde Stellen vorgefunden. Bei den schweren Verletzungen, die der Kläger durch den Unfall erlitten hat, ist der von den Aerzten beobachtete wechselnde Zustand natürlich. Wird, wie hier, die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten zeitweise gesteigert und gemindert, so ist nicht jedesmal ein neues Feststellungsverfahren einzuleiten; es muss vielmehr die Rente unter Berücksichtigung der wechselnden Verhältnisse einheitlich festgesetzt werden. Nach dem Inhalt der vorliegenden ärztlichen Gutachten ist die durchschnittliche Erwerbsunfähigkeit des Klägers auf 70 pCt. zu schätzen und ist die hiernach sich ergebende Rente dem Kläger seit dem 1. August 1900 zu zahlen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Sultan, Privatdozent Dr. Georg. Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche. (Lehmann's medizinische Handatlanten Bd. 25.) 234 S. 36 farbige Tafeln und 83 schwarze Figuren. Preis Mk. 10.—.

Welche ausgezeichnete Hilfsmittel für den Unterricht und das Studium die Lehmann'schen Handatlanten darstellen, ist auch aus dem eben erschienenen Band 25 ersichtlich, der die Unterleibsbrüche behandelt. Deren Lehre wird zwar in allen Handbüchern der Chirurgie erschöpfend abgehandelt, allein die hier der Schilderung dienstbar gemachte reiche Illustrirung fördert das Verständniss in ganz besonderer Weise. Text und Illustrirung sind in der vorliegenden Bearbeitung vorzüglich. Einzelne Illustrationen können sogar zu physiognomischen Studien verleiten! Im Texte wetteifert die pathologisch-anatomische mit der klinischen Schilderung. Den Operationen werden grosse Statistiken beigegeben, so dass auch die Resultate leicht zu übersehen sind. Einen besonderen Werth gewinnen jene Statistiken dadurch, dass sie überall die Erfahrungen der Göttinger Klinik und ihres verdienten Direktors, Herrn Geheimrath Braun, aus dessen 16 jähriger Lehrthätigkeit berücksichtigen.

Auf S. 113—115 bespricht Verfasser die Begutachtung der Unterleibsbrüche, jedoch so, dass ich mir nicht denken kann, dass Jemand nach seinen Angaben im Stande wäre, einen Bruchfall für die Unfallversicherung oder für die Gerichtszwecke zu begutachten. Kaufmann-*Zürich.*

Ein Fortschritt des Wasserheilverfahrens. Untersuchung und Kritik der Systeme Priessnitz und Kneipp. *Zum ersten Male* authentisch dargestellt von Alf. **Baumgarten,** Dr. med. und praktischer Arzt, Wörishofen 1901.

Mit grossem Fleiss ist in der Arbeit fast die ganze Literatur über Priessnitz und Kneipp zusammengetragen und scheinbar objektiv gesichtet worden; der unbefangene Leser wird aber oft genug die Absicht merken und darob verstimmt sein. Indessen von einem Buch Baumgartens, des begeisterten Kneipp-Apostels, darf man eine ganz unbefangene Darstellung für eine psychologische Unmöglichkeit ansehen. Deswegen soll in dem selbstverständlichen Resultat der interessanten historischen Untersuchungen: „Kneipp ein Genie, Priessnitz nichts als ein listiger Bauer", auch kein Vorwurf für den Verfasser liegen. Der ganze Streitfall dreht sich übrigens fast ausschliesslich um die ödesten Prioritätsfragen, um Erfinderanrechte an der oder jener Wasseranwendung und um Charaktereigenthümlichkeiten der beiden berühmten Laienärzte. Die sachlichen Erörterungen über die Entwickelung des Heilsystems selbst sind fast durchweg von diesem Gesichtspunkte aus geschrieben, und beide Personen durchaus nicht mit gleichem Masse gemessen. Das Buch enthält eine Menge interessanter Einzelheiten und eigentlich die erste systematische Darstellung des Kneipp'schen Heilverfahrens, die für Aerzte und gebildete Menschen lesbar ist. Die geschichtlichen Notizen aus allen möglichen Quellen geben der Arbeit trotz ihrer persönlichen Färbung und der Tendenz, persönliche Verdienste an Stelle objektiver Werthe zu setzen, einen gewisse Bedeutung.

Marcinowski.

Hydriatrische Tagesfragen. Prof. Dr. Wesener-Aachen und Generalstabsarzt z. D. Dr. v. Vogl-München über Kneipp und sein Heilverfahren. Nach offiziellen stenographischen Versammlungsberichten herausgegeben von Dr. med. **Baumgarten,** Wörishofen 1901.

Das Heft enthält die stenographischen Berichte zweier öffentlicher Versammlungen, in welchen der Verfasser die Lehren Kneipps und die Stellung der sogenannten Kneippärzte gegenüber einer grösseren Anzahl von Aerzten in Aachen

und München vertheidigt hat. In der letzten ist es zu keiner Diskussion gekommen, da es die Münchener Kollegen unter ihrer Würde gehalten hatten, der Einladung Baumgartens zu folgen, der zu diesem öffentlichen Vorgehen genöthigt zu sein glaubte, weil ihm die Erwiderung auf einen Vortrag des als Hydriater bekannten Generalarzt Dr. Vogl im ärztlichen Verein selbst abgeschlagen worden war. In Aachen dagegen kam es zu einer lebhaften Auseinandersetzung zwischen Dr. Baumgarten und Prof. Wesener, bei deren Lektüre man nur nicht recht begreift, wie der Verfasser zu dem Glauben kommt, dass deren Publikation die Leser zu seinen und zu Kneipps Gunsten beeinflussen kann; er muss die selbständige Urtheilskraft seiner Leser recht unterschätzen. Die grösste Schwäche des Verfassers liegt auch hier wieder in der unsachlichen Vermengung der „Person Kneipps" und seines Heilsystems. Nichts kann hierfür bezeichnender sein, als der kleine Abschnitt des Vorwortes, in dem es heisst: „die nüchterne Kritik zieht zwischen Beiden (der offiziellen Medizin und dem Kneipp'schen Heilverfahren, im Engeren den scharf und rückhaltslos vorurtheilenden Gegnern und den übereifrigen enthusiastischen Vertheidigern der Methode) die mittlere Linie gerechter Abwägung der Verdienste . . ." Die Verdienste Kneipps sind für ihn immer der springende Punkt, und er merkt es gar nicht, wie sehr er alle sachliche Werthschätzung hydriatrischer Eingriffe diesem Gesichtspunkt unterordnet. Wenn man trotzdem das Heftchen mit dem Gefühl aus der Hand legt, dass B. beide Male für die breite Oeffentlichkeit als Sieger aus der Debatte hervor gegangen ist, so ist hierfür nicht bedeutungslos die Taktik seiner Gegner, die wir nicht überall billigen. Insofern möchte ich dem an sich werthlosen Heftchen eine grössere Beachtung wünschen, denn in solchen öffentlichen Versammlungen ist die Taktik leider das Entscheidende: Es kommt da viel weniger drauf an, wer Recht hat, als darauf, wer Recht behält!

Marcinowski.

Tagesgeschichte.

Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln.

Die nach vierjähriger Pause herausgegebene neue Kaiserliche Verordnung unterscheidet sich in den grundsätzlichen Vorschriften nicht von ihren Vorgängerinnen. Nach wie vor sind bestimmte Zubereitungen, insofern sie arzneilichen Zwecken dienen und bestimmte Stoffe ohne Rücksicht auf ihre Verwendung dem Verkehr in Apotheken vorbehalten. Auch ist der Kreis der dem freieren Verkehr entzogenen Arzneimittel prinzipiell der gleiche geblieben. Was im Einzelnen geändert ist, kommt theils den Drogisten theils den Apothekern, mehr aber wohl den Letzteren zu gute.

Der Begriff Heilmittel, welcher früher zu so vielen einander widersprechenden Entscheidungen geführt hat, ist in der neuen Verordnung genauer umschrieben: Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Thieren. Die Vorzüge dieser näheren Bestimmung sind in die Augen springend. Leider fehlen darin die Vorbeugungsmittel, welche unseres Erachtens schon, um eine Umgehung der Verordnung auszuschliessen, den Apotheken hätte vorbehalten werden sollen. Der Schwierigkeit, die kosmetischen Mittel von den Heilmitteln abzugrenzen, ist man in zweckmässiger Weise aus dem Wege gegangen. Man hat diejenigen kosmetischen Mittel auch als Heilmittel freigegeben, welche keine differenten Stoffe (keine Stoffe, die nur in Apotheken auf ärztliche etc. Verordnung abgegeben werden dürfen, ausserdem Kreosot, Saloe und Resorzin) enthalten. Neuerdings dem freien Verkehr entzogen sind: Tabletten, Verreibungen und einzeln gepackte trockene Substanzen, die dazu bestimmt sind, mit einander gemischt zu werden. Hier hat man einer der gebräuchlichsten Umgehungen der Verordnung vorgebeugt. Neuerdings freigegeben sind verhältnissmässig wenig Zubereitungen, von denen überdies ein Theil mehr zu den Nahrungs- und Genussmitteln als zu den Heilmitteln gerechnet werden kann. Die wichtigste Freigabe ist wohl die des Bleiwassers bis zu zwei Prozent Stärke, welche früher nur zum Gebrauche für Thiere galt, jetzt aber auch für den menschlichen Gebrauch ausgesprochen ist. —

Im Verzeichniss B sind eine Unmenge neuer Arzneimittel genannt, die früher fehlten. Es ist nicht nur dem bedenklichen Zustande ein Ende gemacht, dass der Drogist Arzneimittel verkaufen konnte, die in der Apotheke nur auf ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen, z. B. Bromoform, Cocain, Trional u. s. w., sondern auch harmlosere Mittel, wie Airol, Dermatol-Ferratin sind genannt. Ausser den eben erwähnten Stoffen nennen wir unter den neu hinzugekommenen Arzneistoffen: Zimmtsäure, Sozojodolsäure und ihre Salze, Chloräthyl, Chloralamid, Eucain, Hämalbumin, Lactophenin, Orexin, Orthoform, Protargol, Salophen, sämmtliche trockene und flüssige Heilsera und deren Präparate zum Gebrauch für Menschen, Tannalbin, Tannigen, Tannoform, Urotropin, Vasogen und seine Präparate, Yohimbin.

Die wichtigste Neuerung, welche die Kaiserliche Verordnung enthält, liegt aber darin, dass es in Zukunft möglich sein wird, auch ohne Erlass einer umfangreichen neuen Verordnung zu verhüten, dass Arzneimittel, welche ihrer Art nach den Apotheken vorbehalten bleiben sollten, erst längere Zeit im freien Verkehr bleiben. Um dies zu erreichen, ist erstens bei einem grossen Theil der in Abtheilung B genannten Stoffe angeordnet, dass auch ihre Salze sowie ihre Abkömmlinge und deren Salze vom freien Verkehr ausgeschlossen sind. Früher ist es vorgekommen, dass beispielsweise nach Ausschluss des Antipyrins das später eingeführte Salipyrin noch Jahre lang in den Drogenhandlungen zu haben war, obgleich es nichts andres als salizylsaures Antipyrin ist; das wird künftig ausgeschlossen sein. Ausserdem aber wird durch einen neueingefügten Paragraphen der Reichskanzler ermächtigt, weitere, im Einzelnen bestimmt zu bezeichnende Zubereitungen, Stoffe und Gegenstände dem freien Verkehr zu entziehen. Es ist zu hoffen, dass damit der schlimmste Uebelstand der bisherigen Verhältnisse grösstentheils verschwinden wird, nämlich die Rechtsungleichheit. Wenn bei irgend einer Arzneiwaare ihre Stellung zur Kaiserlichen Verordnung zweifelhaft erscheint, werden die Behörden nicht mehr auf dem kostspieligen und weitläufigen Weg durch alle Instanzen eines Rechtsstreites angewiesen sein, sondern de facto die Entscheidung dem durch den Reichsgesundheitsrath sachverständig berathenen Reichskanzler überlassen können, welcher zwar nicht den einzelnen Fall zu richten, wohl aber die betreffenden Fragen im Prinzip zu entscheiden befugt ist.

Zum Simulantenwesen.

Der Arzt, welcher mit Unfallbegutachtung zu thun hat, ist zum Theil bezüglich seines Gutachtens davon abhängig, ob die Verletzten ihm über thatsächliche Fragen richtigen Bescheid geben. Nicht selten liegt es nahe, die Anmahnung zur Wahrhaftigkeit mit einem Hinweis auf die strafrechtlichen Folgen nach unwahren Aussagen zu verbinden. Auch für uns Aerzte wird daher folgender in dem offiziellen Organ der Knappschafts-Berufsgenossenschaft mitgetheilter Fall von Interesse sein.

Der Bergarbeiter Heinrich K. bezog in Folge eines am 24. Januar 1900 erlittenen Betriebsunfalls zuletzt die Rente

einer Erwerbsverminderung von 20 Prozent. Diese Rente gelangte durch Bescheid des Sektionsvorstandes vom 20. November 1900 zur Aufhebung, weil der Verletzte in Folge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt war. Gegen den Bescheid legte der Verletzte Berufung beim Schiedsgericht ein. Sowohl in seiner Berufungsschrift, als auch im Verfahren vor dem Schiedsgericht versuchte der Verletzte durch unwahre Behauptungen über seine zeitige Arbeitsthätigkeit den Glauben zu erwecken, dass er in Folge des Unfalles noch in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt sei. Das Schiedsgericht lehnte jedoch auf Grund der stattgehabten Erhebungen den Entschädigungsanspruch ab. Die Schiedsgerichtsentscheidung wurde rechtskräftig.

Nunmehr erstattete der Sektionsvorstand bei der Königlichen Staatsanwaltschaft zu Dortmund Strafanzeige wegen versuchten Betruges.

Der Königliche Erste Staatsanwalt beim Landgericht zu Dortmund lehnte jedoch die Erhebung der Anklage ab und zwar unter folgender Begründung:

„Wie das Reichsgericht in konstanter Praxis anerkannt hat, ist das einseitige, selbst wissentlich falsche Parteivorbringen in einem Prozess an sich keine Vorspiegelung einer falschen Thatsache im Sinne des § 263 Str.-G.-B. Denn der Richter schenkt einseitigen Parteibehauptungen als solchen keinen Glauben, sondern nur denjenigen, welche bewiesen oder vom Gegner nicht bestritten sind. Er kann deshalb durch blos einseitige Parteibehauptungen nicht getäuscht werden oder er verletzt seine richterlichen Pflichten, wenn er solchen ohne Weiteres folgt. Der Schaden, der dadurch entstehen würde, würde dann nicht auf die Täuschung des Richters, sondern auf die Vernachlässigung seiner Pflichten zurückzuführen sein. Cfr. Entscheidung des Reichsgerichts Band 5, Seite 321 und Band 20, Seite 391."

Die gegen diesen Bescheid bei der Königlichen Ober-Staatsanwaltschaft zu Hamm eingelegte Beschwerde wurde zurückgewiesen. Hiergegen beantragte die Berufsgenossenschaft gerichtliche Entscheidung beim Königlichen Ober-Landesgericht zu Hamm. Der Strafsenat des Königlichen Ober-Landesgerichts hat durch Beschluss vom 23. September 1901 die Erhebung der öffentlichen Klage wegen versuchten Betruges angeordnet.

Nach dem Urtheil der obersten Instanz stellt also eine falsche Darstellung von Thatsachen gegenüber dem ärztlichen Gutachter einen Betrugversuch dar.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

Die Ergebnisse der vom Kultusminister angeordneten statistischen Aufnahme über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Volke, die unter Mitwirkung der Aerztekammern durchgeführt worden ist, sind im Auftrage des Ministers vom königl. Preussischen statistischen Bureau bearbeitet worden. Die Veröffentlichung steht in Kürze bevor. Geh. Ober-Medizinalrath Dr. Schmidtmann hat in einer Mittheilung darüber hervorgehoben, dass eine über Erwarten erfreuliche Betheiligung der Aerzte festzustellen war und dass somit der Erfolg des Vorgehens durchaus den gehegten Erwartungen entsprochen hat; das Ergebniss sei geeignet, auch die weitestgehenden Massnahmen zur Bekämpfung und thunlichsten Ausrottung der Geschlechtskrankheiten zu begründen. Es ist berechtigte Hoffnung vorhanden, dass die gleiche statistische Erhebung zum 30. April 1902 in allen deutschen Bundesstaaten durchgeführt werden kann. (Allgem. Med. Centr.-Zeit.)

Freiheitsberaubung durch ein Schlafmittel.

Zu dem auf Seite 451 d. Jahrg. mitgetheilten eigenthümlichen Falle theilt uns der Königl. Kreisarzt, Medizinalrat Baum, welcher in dem betreffenden Prozesse Sachverständiger war, noch folgende Einzelheiten mit: Die von der Magd der Uhrmachersfrau an Gerichtsstelle übergebenen Pulver erwiesen sich bei der durch den Sachverständigen vorgenommenen Prüfung als Sulfonal, denn die Substanz gab, im Glasrohr mit Holzkohle erhitzt, den charakteristischen Merkaptangeruch. Die Angeklagte gab nachträglich auch zu, dass sie ihrem Mann Sulfonal beigebracht hatte. In den Besitz des Giftes war sie nachweislich durch das Rezept eines wegen „Schlaflosigkeit und Nervosität" von ihr konsultirten Arztes gekommen.

Wieder ein Mädchenstecher.

Aus Kiel melden die Tageszeitungen, dass dort in den letzten Tagen neunzehn Frauen und Mädchen, darunter zehn an einem einzigen Abend und zwar in verschiedenen Strassen desselben Stadttheiles von einem gut gekleideten Mann mit einer stiletartigen Waffe verletzt worden sind. Die Verletzungen erfolgten so plötzlich, dass die Betroffenen meist erst durch das rieselnde Blut auf die Verwundung aufmerksam wurden und von dem Thäter, dem es gelang, zu entspringen, kaum einen bestimmten Eindruck zurückbehielten. Medizinisch ist, da bei derartigen Vorkommnissen regelmässig sexuelle Verkehrtheiten zu Grunde liegen, die enorme Häufung der Attentate innerhalb einer so kurzen Zeit besonders merkwürdig.

Neue Ministerialerlasse.

1. Betreffs Ausstellung von Gesundheitsattesten an Gerichtsbeamte, vom 1. Oktober 1901.

Auch in denjenigen Kreisen, für welche ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, liegt die Ausstellung amtlicher Zeugnisse über den Gesundheitszustand von Gerichtsbeamten dem Kreisarzt ob. Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die in besonderen Fällen von dem Gerichtsarzt für die genannten Beamten ausgestellten Gesundheitsatteste auch als amtliche Zeugnisse Geltung haben.

2. Betreffend Beschaffung der Dienstanweisung für die Kreisärzte, vom 25. September 1901. (Der Erlass ist rein geschäftlicher Natur.)

3. Betreffend die Titelverhältnisse der Kreisärzte, vom 30. Oktober 1901.

Der Erlass vom 18. Juni, welcher die Verleihung der Titel Medizinalrath u. s. w. an einen Theil der Kreisärzte bestimmt, gilt nicht für die am 1. April zur Disposition gestellten Beamten.

4. Betreffend Dienststellung und Titelverhältnisse der Gerichtsärzte vom 28. Oktober 1901. Der Erlass vom 18. Juni (vergleiche No. 3) gilt auch für die Gerichtsärzte.

5. Betreffs Handel mit Gift, vom 16. Oktober 1901.

Die Gefässe oder Umhüllungen, in denen Gift im Handel abgegeben wird, müssen mit derselben Aufschrift und Inhaltsbezeichnung wie die Gefässe für die Giftvorräthe in den Handlungen selbst versehen werden. Ausserdem muss der Name des abgebenden Geschäftes darauf stehen. Nur bei Abgabe von Gift an Wiederverkäufer, Gewerbetreibende etc. genügt eine einfache Bezeichnung des Inhaltes, sofern sie nur jede Verwechslung ausschliesst. Arsenhaltiges Fliegenpapier wird im Gegensatz zu früher unter bestimmten Voraussetzungen wieder abgegeben werden dürfen.

6. Betreffend die von Regierungs- und Medizinalräthen zu erstattenden Gesundheitsberichte vom 1. Oktober 1901.

Der Gesundheitsbericht für jeden Regierungsbezirk ist pünktlich alljährlich vom dem Regierungs-Medizinalrath bis zum 1. Juli des nächsten Jahres einzureichen. Der Bericht soll in übersichtlicher Weise die Kreisberichte mit Uebergehung von Einzelheiten, die rein örtliches Interesse haben, zusammenfassen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert. (Post-Zeitungs-Preisliste No. 34).

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin W., Kurfürstenstr. No. 8. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ
für die gesammte
Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes
sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Herausgegeben
von

Dr. L. Becker
Königlicher Kreisarzt und Geheimer Medizinalrath, Vertrauensarzt des Schiedsgerichts Berlin.

Dr. A. Leppmann
Königlicher Kreisarzt u. Medizinalrath, Arzt der Beobachtungsanstalt für geisteskranke Gefangene in Moabit-Berlin, Spezialarzt für Nerven- u. Geisteskranke.

Dr. F. Leppmann
prakt. Arzt.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse 36.

VII. Jahrgang 1901. № 24. Ausgegeben am 15. Dezember.

Inhalt:

Nochmals die Retroflexio als Grund der Invalidität.

Von
Prof. Dr. **H. Fritsch**-Bonn.

Bei der Entscheidung über den Zusammenhang eines die Arbeitsfähigkeit alterirenden Zustandes mit einem Unfalle ist der Gynaekologe fast stets in einer schwierigeren Lage als andere Spezialärzte. Ganz zweifellos klare Fälle giebt es selten. Ich habe einen Fall beobachtet, wo durch Ueberfahren ein Beckenbruch mit Zerreissung der Scheide, des Dammes und Fistelbildung entstand. Der Zusammenhang war absolut klar. Eine Rente wurde bewilligt. Nach Wiederherstellung des Dammes und Heilung der Fistel wurde die Zahlung der Rente verweigert. Ich hatte viel Mühe und Schreiberei, um die Arbeitsfähigkeit auf höchstens 50 Prozent feststellen zu lassen, denn bei körperlichen Anstrengungen entstanden Beckenschmerzen in den geheilten Frakturen; unwillkürlicher Urinabgang aus der künstlichen Harnröhre trat ein. Selbst bei so klarem Zusammenhang also zeigten sich Schwierigkeiten. Sehr häufig ist der Zusammenhang des Unfalles mit dem pathologischen Zustande wohl in einer Krankengeschichte ganz hübsch und plausibel zu entwickeln. Soll man aber die Richtigkeit der wissenschaftlichen Ansichten als unumstösslich oder unangreifbar richtig auf den Sachverständigeneid nehmen, so wird man dazu nicht oft im Stande sein.

Am meisten diskutirt ist die Frage, ob eine Retroflexio durch einen Unfall, also plötzlich durch körperliche Anstrengung, Fall oder Gewalteinwirkung entstehen könne. Dafür und dagegen ist viel geschrieben. Meines Erachtens ist die bisherige Fragestellung nicht richtig. Auch wenn die Frage nach der plötzlichen, traumatischen Entstehung der Retroflexio durch Unfall als unentscheidbar gilt, ist doch nicht zu leugnen, dass durch einen Unfall der Zustand bei schon lange bestehender Retroflexio ganz akut bis zur Arbeitsunfähigkeit verschlechtert werden kann. Wenn bei einem solchen Fall behauptet wird, es sei nicht zu beweisen, dass die nach dem Unfall konstatirte Retroflexio vor dem Unfalle nicht auch schon dagewesen sei, so wird man dies zugeben müssen. Denn völlig gesunde, arbeitsfähige Frauen kommen nicht zur Untersuchung. So weit sind wir noch nicht, dass etwa bei der Annahme einer Arbeiterin auch die Genitalien intern untersucht werden. Dass dies aber durchführbar, ja empfehlenswerth ist, muss zugegeben werden. In Streichhölzchenfabriken werden z. B. wegen der Gefahr der Phosphornekrosen nur Arbeiter mit gutem Gebisse eingestellt. Wenn ein Arbeitgeber, der Frauen den ganzen

Tag über an der Näh- oder Waschmaschine beschäftigt, ein ärztliches Attest über normale innere Genitalien verlangte, so wäre dies gewiss nur eine Forderung der Vorsicht und Klugheit. Es wird dem Arbeitgeber Niemand verwehren können, dass er die Annahme der Arbeitnehmerinnen von Beibringung eines solchen Attestes abhängig macht. Und würde man, der Forderung mancher Kreise entsprechend, diese Untersuchungen von Fabrikärztinnen vornehmen lassen, so dürften alle Bedenken wegfallen. Dass mit der Durchführung dieser Einrichtung sich unendlich viel Streitigkeiten sparen liessen, leuchtet gewiss ein.

Wenn aber der Arzt bei einer ihm bis dahin unbekannten Arbeiterin nach einem Unfalle eine Retroflexio findet, so wird er niemals beschwören, sondern es nur für möglich oder wahrscheinlich erklären können, dass die gefundene Retroflexio die Folge des Unfalles sei. Behauptet ein anderer Begutachter das Gegentheil, so steht Behauptung gegen Behauptung und der Streitfall ist da! Weder das Eine ist zu beweisen noch das Andere. Was aber bewiesen werden kann, ist, dass früher Arbeitsfähigkeit bezw. Schmerzlosigkeit bestand, und dass jetzt Schmerzen bestehen, die Arbeitsunfähigkeit bedingen. Ist also die meines Erachtens richtige Fragestellung so, dass gefragt wird: kann durch den Unfall (das Publikum braucht den Ausdruck: Verheben) bei einer eventuell schon vorhandenen Retroflexio eine solche Zerrung der Bänder eintreten, dass der dadurch bewirkte krankhafte, schmerzhafte Zustand die Arbeitsfähigkeit stört, so wird man diese Frage sowohl abstrakt als konkret bejahen und auch oft beschwören können. Dabei ist die Frage gar nicht nothwendig zu erörtern, ob der Begutachter wissenschaftlich die plötzliche, traumatische Entstehung einer Retroflexio zugiebt oder nicht. Ich, für meinen Theil, halte die plötzliche Entstehung für möglich. Ich erinnere nur an die hier freilich nicht in Betracht kommende plötzliche Incarceration eines Uterus gravidus unterhalb des Promontorium, oder an die plötzliche Einklemmung einer kleinen Ovarialcyste im Douglasischen Raume. Es ist doch oft genug beobachtet, dass bei völlig gesunder Frau bei starkem Stuhldrang, nach einer starken körperlichen Anstrengung, auch nach energischer Palpation ganz plötzlich die Symptome der Einklemmung: Drang nach unten, Urindrang etc. eintraten.

Eine zufällige sichere Beobachtung beweist dem Beobachter oft viel. Andere freilich werden auch hier ihre „Wenn und Aber" haben! So sah ich z. B. Folgendes: Ein auffallend kräftiges, kerngesundes Mädchen von 20 Jahren hob bei mässig zurückgebeugtem Oberkörper einen grossen wassergefüllten Bottich. Das Mädchen fühlte im Becken einen plötzlichen Schmerz, der sie nöthigte, einige Tage zu Bett zu liegen. Dann kam sie zu mir. Sie war noch Virgo. Ich konstatirte bei Exploratio per anum eine deutliche Retroversio-flexio des, bei Druck gegen die Portio und bei Bewegungen sehr empfindlichen Uterus. Wegen der jungfräulichen Verhältnisse nahm ich Abstand von orthopädischer Behandlung, verordnete Seitenlage, Bettruhe und Eccoprotica. Nach acht Wochen waren die Schmerzen völlig verschwunden, das Mädchen konnte jede schwere körperliche Arbeit wieder verrichten, der Uterus lag völlig normal. Auch später bei wiederholten Untersuchungen fand ich jedesmal den Uterus anteflektirt. Es handelte sich hier übrigens nur um eine Konsultation wegen der Schmerzen, nicht um Forderung einer Rente, sodass beabsichtigte Simulation ausgeschlossen war.

Einen solchen Fall kann man doch kaum anders deuten, als dass die Retroflexion plötzlich entstanden war, dass die Bänder gedehnt, vielleicht subperitonaeal eingerissen waren und dass bei Schonung die normalen Verhältnisse sich wiederherstellten. Hätte es sich um eine Arbeiterin gehandelt, die soviel als möglich weiter gearbeitet hätte, so wäre vielleicht die Retroflexio habituell geblieben.

Dieses spontane Verschwinden einer Retroflexio beobachtet man nicht selten im Spätwochenbett.

Schon deshalb muss man die Fragestellung anders als bisher gestalten, weil ja die Retroflexio an sich die Arbeitsfähigkeit gar nicht zu beeinträchtigen braucht. Es giebt vielleicht Tausende von Frauen, die mit einer Retroflexio völlig arbeitsfähig sind und nie untersucht werden. Die Frage, ob der Unfall der alleinige und sichere Grund der Retroflexio ist, dürfte also niemals mit der Sicherheit zu beantworten sein, die in solchen Fällen verlangt werden muss. Wohl aber wird man entscheiden können, ob der Unfall sicher den Zustand so verschlimmert hat, dass nach ihm Arbeitsunfähigkeit sich entwickelt hat, die früher nicht vorhanden war.

Es gehört dazu dreierlei:

1. der Nachweis, dass die Patientin vor dem Unfall völlig arbeitsfähig war,

2. dass ein Unfall nachzuweisen bezw. als ein solcher festzustellen ist, der eine Retroflexio oder eine Verschlimmerung des Zustandes bei schon bestehender Retroflexio herbeizuführen im Stande war.

3. Der Nachweis, dass thatsächlich der Zustand bei der nach dem Unfall festgestellten Retroflexio die Arbeitsfähigkeit behindert resp. das Arbeiten ganz unmöglich macht.

ad 1. Es sind alle Fälle abzuweisen, wo die Patientin wiederholt in ärztlicher Behandlung oder im leidenden Zustand war, wo die Patientin auch früher schwere Arbeit nicht verrichten konnte, wo gonorrhoische oder puerperale Affektionen früher konstatirt waren, wo der Befund Substrate ergiebt, die auf langes Kranksein schliessen lassen, also z. B. Pyosalpinx, feste Verwachsungen, Exsudate etc. In diesen Fällen kann der Zustand durch ungeeignete Beschäftigung natürlich verschlimmert werden, aber der Grund der Invalidität ist dann *nicht* das Plus der Schädlichkeit, sondern die erste Ursache des krankhaften Zustandes.

ad 2. Es muss, wie dies immer der Fall ist, der Unfall genau geschildert werden, und diese Schilderung muss ergeben, dass die Schädlichkeit der Art war, dass sich logisch eine Einwirkung auf die Unterleibsorgane deduziren lässt. Ein Stoss gegen den Oberkörper z. B. würde eine Retroflexion nicht hervorbringen können. Die Gewalt müsste also z. B. in einem Fall auf den Hintern, im Heben einer zu schweren Last, im Stoss oder Druck gegen den Unterleib direkt bestehen.

ad 3. Die subjektive Angabe, dass Schmerzen seit dem Unfalle die Arbeit unmöglich machen, wird nicht genügen. Die gynaekologische Untersuchung wird festzustellen haben, ob die Umgebung des Uterus druckempfindlich ist und ob die Bewegungen, die dem Uterus vaginal und kombinirt mitgetheilt werden, empfindlich sind. Eine Simulantin ist bei geschicktem Verfahren, wiederholten Fragen, Veränderung und Wiederholung des Druckes mit wechselnder Stärke gewiss zu entlarven. Wenn nicht sofort, doch bei klinischer Beobachtung und wiederholten Explorationen.

Würde man konstatiren, dass die mobile Retroflexio ohne jede Schmerzen reponirt werden könnte, so würde man die Retroflexio auf den Unfall nicht beziehen und sich für Arbeitsunfähigkeit als Folge der Retroflexio nicht entscheiden. Wollte man begutachten, dass eine solche Retroflexio die Folge eines Trauma sei, so würde beim Anzweifeln des Zusammenhanges jede Möglichkeit eines Beweises fehlen. Sogar die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges könnte mit Recht bezweifelt werden. Nur die Möglichkeit ist zuzugeben. Und damit ist natürlich ein genügender Beweis nicht zu führen.

Unangenehm für die Beurtheilung erscheinen zumeist auch

die Fälle, bei denen operirt ist. Sie „enden" sehr oft in den Kliniken. Es ist irgend eine Retroflexionsoperation gemacht, die Kranke ist aber nicht, wie man ihr versprach, geheilt, sondern klagt weiter über Arbeitsunfähigkeit wegen Schmerzen. Von einem Spezialisten wandert sie zum andern, von einem Krankenhaus in ein anderes! Gewiss war in diesen Fällen oft die Retroflexio nur eine zufällige Begleiterscheinung. Ovariitis, Pelveoperitonitis chronica, Hysterie lag vor. Der Gynaekologe fand die empfindliche Retroflexio und nach bestem Wissen versprach er durch ihre Beseitigung Heilung. Als die Schmerzen anhielten, entfernte ein zweiter Gynaekologe das deutlich geschwollene Ovarium, ein dritter das andere, ein vierter macht Totalexstirpation. Es wird noch einmal oder ein paarmal laparotomirt. Dabei fand man auch Adhäsionen, die Netzresektionen veranlassten. Trotz Alledem bleibt die Kranke invalide. Sie gelangt schliesslich in die Klinik und ein Gutachten soll feststellen, ob überhaupt Arbeitsfähigkeit oder welcher Prozentsatz vorhanden, was der Grund der Arbeitsunfähigkeit ist. Man könnte ja vielleicht mit Recht behaupten, und die viel gequälte Patientin spricht es oft direkt aus, dass erst die gynaekologische Behandlung die Invalidität herbeigeführt hätte.

Wollte man sich aber als Begutachter darauf einlassen, den Nutzen oder Schaden der ärztlichen Behandlung, die Vortheile oder Nachtheile als Folgen der Operationen zu berücksichtigen, zu analysiren oder für das Gutachten zu verwerthen, so würde man in einen Wust von Kontroversen gerathen. Jeder, der bei der Behandlung betheiligt war, würde den Fall anders auffassen und den Zusammenhang des Zustandes mit der Vorgeschichte anders erklären.

Meines Erachtens ist zunächst festzustellen, wie nach den Ermittelungen der primäre Zustand war, d. h. wie viel oder wie wenig die Patientin arbeiten konnte, ehe sie sich das erste Mal operiren liess. A priori wird man annehmen müssen, dass damals der Zustand das Arbeiten unmöglich machte, denn sonst hätte Patientin sich nicht den Gefahren und Schmerzen einer Operation unterworfen. Alle Operationen resp. Behandlungen gelten als Versuche, den Zustand zu bessern, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Gelang dies nicht, stellt der Begutachter Schmerzhaftigkeit des Bauches, der Narben etc., also Arbeitsunfähigkeit fest, so besteht eben der primäre Zustand weiter. Was nun operirt ist, ist ganz gleichgiltig, nur das steht fest, dass die ärztliche Behandlung an dem pathologischen Zustande nichts geändert oder gebessert hat. Es wird nicht nothwendig sein, irgendwie darauf einzugehen, ob die verschiedenen Behandlungsmethoden indizirt waren, ob vorauszusehen war, dass sie nutzten oder nicht, ob sie sogar verwerflich waren. Die Thatsache, dass sie den Zustand nicht verbesserten, dass der primäre Zustand weiter besteht, ist zur Beurtheilung der Invalidität genügend. Andererseits würde auch der Einwand abzuweisen sein, das nicht der primäre Zustand, sondern erst die „falsche" Behandlung die Arbeitsunfähigkeit bewirkt hätte. Die Behandlung wäre eben nicht eingeleitet worden, wenn nicht der primäre pathologische Zustand die Patientin zum Arzte geführt hätte. Logisch ist also an dem vielleicht ungünstigen Endresultat nicht die falsche Behandlung als sekundäres Moment, sondern der primäre pathologische Zustand schuldig.

Ueber das schwefligsaure Natron als Konserve-Mittel des Hackfleisches.

Von
Prof. Dr. **O. Liebreich.**

Die schweflige Säure resp. das schwefligsaure Natron ist in den letzten 20 Jahren ganz besonders in Gebrauch gezogen worden, um Fleisch, speziell Rinder-Hack- und Schabefleisch, zu konserviren. Es sind nirgends Klagen über die Gesundheitsschädlichkeit dieser Substanz aufgetaucht, bis im Jahre 1898 die Denkschrift des Reichsgesundheitsamtes erschien. Die in dieser Schrift vertretene Ansicht ist aber wissenschaftlich so wenig begründet, dass man von der Anschauung, dass das schwefligsaure Natron ein in zweckmässiger Weise angewandtes Konservirungsmittel des Fleisches sei, nicht zurücktreten kann. In dieser Denkschrift wird Seite 6 folgender Satz ausgesprochen:

> „Wie aus den Versuchen von Pfeiffer und Kionka hervorgeht, sind die schwefligsauren Salze giftig, und folglich besitzen auch die im Handel befindlichen Konservirungsmittel, die solche Salze enthalten, eine ausgesprochene Giftwirkung."

Aber es ist nicht gerechtfertigt, eine Substanz wie das schwefligsaure Natron mit dem Epitheton „giftig" zu belegen, denn eine Substanz wird nur giftig in einer bestimmten Quantität, die dem Organismus zugeführt wird. Wir sagen zwar im Allgemeinen, Arsenik ist eine giftige Substanz, und der nichtwissenschaftliche Sprachgebrauch rührt daher, dass relativ kleine Mengen von Arsenik eine giftige Wirkung äussern; aber unter einer gewissen Quantitätsgrenze hören die giftigen Wirkungen des Arseniks auf, und wir geniessen diese Substanz z. B. in Mineralwässern längere Zeit hindurch, ohne dass sich ein Nachtheil auf den Organismus, selbst bei der feinsten Beobachtung, herausstellt. Ja, nach den Untersuchungen von Armand Gautier hat es sich gezeigt, dass in der Schilddrüse des Menschen und der Thiere regelmässig Arsenik gefunden worden ist. Wenn man das Wort „giftig" braucht, wird leicht die Vorstellung erweckt, dass eine Substanz zu den scharfen Giften, wie Arsenik, gehöre. Will man das Prinzip etwa festhalten, dass man alle Dinge, die auch erst in grossen Dosen giftig sind, mit diesem Epitheton belegt, so muss man Salpeter, Senf, bittere Mandeln und eine Reihe anderer, in kleiner Dose harmloser, Substanzen als giftig bezeichnen. Uebrigens ist in dem Weingesetz vom 24. Mai 1901 die Anwendung sogar der schwefligen Säure gestattet, ohne dass eine Quantität hier bezeichnet ist: § 2 des Weingesetzes lautet folgendermassen:

> „Als Verfälschung oder Nachahmung des Weines im Sinne des § 10 des Gesetzes betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genussmitteln und Gebrauchsgegenständen, vom 14. Mai 1879 (R. G. Bl. S. 145) ist nicht anzusehen: 1. die anerkannte Kellerbehandlung einschliesslich der Haltbarmachung des Weines, auch wenn dabei Alkohol oder geringe Mengen von mechanisch wirkenden Klärungsmitteln (Eiweiss, Gelatine, Hausenblase und dergleichen) von Tannin, Kohlensäure, schwefliger Säure oder daraus entstandener Schwefelsäure in den Wein gelangen."

Wenn man nun von einer Schädigung und einer giftigen Wirkung bei einem Salze sprechen will, so müssten doch irgend welche Beobachtungen vorliegen, welche eine Schädigung oder eine Vergiftung hervorgerufen haben. Lediglich Theorieen, welche noch dazu auf unvollkommenen physiologischen oder therapeutischen Beobachtungen beruhen, dürfen nicht für die Beurtheilung der Schädlichkeit verwerthet werden. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Einnahme von konzentrirten

Lösungen, die etwa $1/2$ bis 1 g schwefligsaures Natron enthalten, bei einem Menschen Verdauungsstörungen, wie Diarrhöen hervorrufen können. Dasselbe ist aber auch der Fall, wenn man andere Salzlösungen, deren Gebrauch allgemein gestattet wird, wie Kochsalz oder Salpeter, in konzentrirtem Zustande verschluckt. Aber selbst die Schädigungen, welche nach schwefligsaurem Natron beim Menschen vereinzelt hervorgetreten sind, sind nur äusserst geringe und scheinen schwächer zu sein, wie es beim Salpeter der Fall ist. In der Denkschrift des Reichsgesundheitsamtes sind denn auch keine Fälle angeführt, welche eine Schädigung nach dem Gebrauch von Fleisch mit schwefligsaurem Natron gezeigt haben. Die Denkschrift sagt Seite 6:

„Wie Pfeiffer an mehreren gesunden Menschen nachgewiesen hat, ist der Genuss von 0,5 g schwefligsauren Natriums, entsprechend 0,125 g schwefliger Säure, bereits von allgemeinem Unbehagen und Verdauungsstörungen begleitet.“

Es heisst aber weiter:

„Wahrscheinlich werden kleinere Gaben des Salzes auf den gesunden Menschen ohne Wirkung sein, obgleich darüber nichts Zuverlässiges bekannt ist.“

Er beurtheilt also schon das Unbehagen, welches nach diesem Genuss des reinen Salzes eingetreten ist, dahingehend, dass kleinere Mengen ohne Wirkung sein müssen, und das bezieht sich — es sei dies besonders angeführt — auf die reinen Salzlösungen, ohne Zuthun von Fleisch oder eines anderen Mittels. Vielfach wird auch auf die Schrift von Bornträger verwiesen; wie wenig man sich auf das Gutachten von Bornträger verlassen kann, geht aus folgendem Passus hervor:

„Endlich sind manche Menschen entschieden besonders empfindlich gegen den Genuss schwefliger Säure. Ich selbst gehöre zu diesen. Ich vermag nicht eine einzige ‚Frankfurter, Wiener oder Bockwurst‘, wenn sie, wie gewöhnlich, mit Natrium sulfurosum versehen ist, zu geniessen, ohne in kürzester Zeit Aufstossen von schwefliger Säure und Schwefelwasserstoff, Druck im Magen, Unbehagen und weiterhin Kopfschmerzen davonzutragen, die, wenn der Genuss am Abend stattfand, bis zum nächsten Morgen, ja Mittag andauern; und dabei wiegt eine solche Wurst etwa 40 gr, enthält also nach dem Brauche von 0,2 Prozent Präservesalz etwa 0,01 bis 0,02 gr schweflige Säure. Bis vor wenigen Jahren wusste ich nicht, warum mir immer diese ‚Frankfurter‘ so schlecht bekamen, erst nachträglich fand ich den Grund; ich bin also keineswegs befangen an die Sache herangetreten, sondern reagire mit der Sicherheit eines Experimentes auf die schwefligsauren Salze, schmecke sie auch manchmal als laugenhaft metallisch heraus. Vielleicht hängt es mit dieser Konstitution auch zusammen, dass ich Rhein- und Moselweine, wenigstens was man unter diesem Namen in Norddeutschland erhält, nicht vertrage, indem sie mir schon in den geringen Mengen einiger Gläser länger andauernde Kopfschmerzen verursachen.“

Erstens ist zu bemerken, dass zu den Wiener, Frankfurter und der Bockwurst schwefligsaures Natron nicht benutzt wird: jedenfalls hat er es in dieser Bockwurst nicht nachgewiesen, und dann geht ferner aus seinem Selbstversuch hervor, dass er einen schwachen Magen besessen hat, indem er selbst geringe Mengen von Rhein- und Moselwein nicht vertrug und länger dauernde Kopfschmerzen danach bekam. Aber selbst, wenn man dieses Gutachten, auf welches ich nach diesen Aussagen keinen besonderen Werth legen kann, aufmerksam studirt, so findet man noch auf Seite 21 folgende Angaben, wo er Erkrankungen nach Fleisch bespricht und Folgendes anführt:

„Auch scheinen die 1897 in Hamburg vorgekommenen zwei Gruppen von Massenerkrankungen mit Darmerscheinungen dem Genusse eines solchen Hackfleisches gefolgt zu sein, das mit schwefligsauren Salzen imprägnirt war (II. Bericht des hygienischen Instituts über die Nahrungsmittelkontrole in Hamburg 1897, S. 54/56).“

Er fügt aber hinzu:

„Alle diese Erkrankungen, denen noch mehrere Beobachtungen zugestellt werden könnten, dürfen nicht dem schwefligsauren Salze zur Last gelegt werden.“

Bei dem ausserordentlich starken Gebrauch des schwefligsauren Natrons als Konservirungsmittel des Fleisches sind bisher keine schädlichen Wirkungen zur Kenntniss gekommen; dagegen hat man vielfach die Erfahrung machen können, dass auch bei längerem Gebrauch des schwefligsauren Natrons keine Schädigungen eingetreten sind.

So ist aus einer Gerichtsverhandlung in Magdeburg mir bekannt geworden, das fünf, ich glaube sogar sieben Zeugen angeführt haben, dass sie Jahre lang Kindern, Erwachsenen und Greisen Fleisch mit schwefligsaurem Natron, und zwar in viel grösserer Konzentration als in diesem Falle, verabreicht haben, ohne dass irgend eine Unannehmlichkeit nach dem Genuss beobachtet worden sei. Es würde übrigens kein Wunder nehmen, wenn gelegentlich mal unangenehme Wirkungen beobachtet sein sollen. Wir können auch aus dem Gebrauch nicht alle diejenigen Substanzen ausscheiden, welche gelegentlich zu Schädigungen führen; dann müsste man die süssen Mandeln verbieten, welche, mit bitteren Mandeln vermischt, sehr leicht zu einer Blausäurevergiftung führen können, besonders bei Kindern. Wir müssten Erdbeeren oder Hummern in den Bann thun, weil sie gelegentlich Hautaffektionen hervorrufen. Aus der Entscheidung des Reichsgerichts vom 5 November 1898 ist zu erkennen, dass man die Beurtheilung nicht nach Ausnahmen stattfinden lassen soll. Aber es trifft dies nicht einmal für das schwefligsaure Natron zu, weil bisher Idiosynkrasieen nicht beobachtet worden sind. Wir sehen also, die Gesundheitsschädlichkeit des schwefligsauren Natrons als Konservirungsmittel ist nicht begründet.

Man hat versucht, die Thierversuche heranzuholen. Aber auch die Kionka'schen Fütterungen an Hunden lassen keine Schlussfolgerungen zu, da die Dosen entweder subkutan gegeben worden sind oder aber Ueberfütterung eingetreten ist. Hier glaube ich am besten die Erörterung von Dr. Georg Lebbin „Die Konservirung und Färbung von Fleischwaaren“ Seite 13 anführen zu müssen:

„Nunmehr folgen die beiden einzigen Versuche, welche wenigstens mit präservirtem Fleisch angestellt sind, wenn auch nicht mit normalen Mengen von normaler Zubereitung.

7. Kleiner Dachshund von 4,25 kg erhält in 66 Tagen 94,15 g Meat preserve mit 41,1 kg Fleisch! (1329 g Meat preserve = 1329 kg normal, d. h. mit 1 g Meat preserve pro Kilogramm hergestelltes Fleisch = 20,1 kg 0,1 prozentiges Fleisch für einen 60 kg schweren Menschen pro Tag.)

Der Hund befand sich dabei wohl und munter und zeigte, als er getödtet und sezirt wurde, nur sehr geringfügige Abweichungen vom Normalen.

8. Hund von 12,75 kg erhält in 68 Tagen 56,3 kg Fleisch mit 136,75 g Meat preserve (675 g Meat pre-

serve = 675 kg präservirtes Fleisch = ca. 10 kg normal zubereitetes Fleisch pro Tag für einen 60 kg schweren Menschen!). Trotz dieser enormen Dosis hat sich der Hund nicht nur sehr wohl gefühlt, sondern auch in den 68 Tagen um $2^1/_4$ kg = $17^1/_2$ Prozent seines Anfangsgewichtes zugenommen.

Er wurde nach Ablauf der Versuchszeit ebenfalls getödtet und innerlich untersucht, ohne dass sich irgend etwas Nennenswerthes hätte konstatiren lassen, was auf die kolossalen verfütterten Salzmengen einen Rückschluss gestattet hätte."

Fernerhin wird angeführt, dass die aus dem Genuss schwefligsauren Natrons sich abscheidende schweflige Säure vom Magen aus giftig durch Reizung des Magendarmkanals wirken könne, sowie durch Herbeiführung von Blutungen in den inneren Organen, besonders in den Lungen; es ist dies eine Hypothese, welche nicht bewiesen ist. Dass schweflige Säure, direkt eingegeben, Magendarmkanalstörungen hervorrufen kann, soll nicht geleugnet werden; aber bei den Quantitäten, welche zu der Konservirung des Fleisches dienen und welche bis 0,7 % gehen, wird die schweflige Säure so langsam und so verdünnt im Magen abgeschieden, dass eine solche Reizwirkung nicht anzunehmen ist und sich praktisch auch bis jetzt nicht gezeigt hat. Es liegt auch kein Beweis vor, dass Wöchnerinnen oder Kranke ein mit schwefligsaurem Natron versetztes Fleisch schlechter vertragen haben als Gesunde.

Was die Quantitäten übrigens betrifft, so sind dieselben sehr gering. Grössere Mengen von schwefligsaurem Natron dem Fleisch zuzusetzen, ist unpraktisch, da das Fleisch dadurch einen veränderten Geschmack bekommt; kleinere Quantitäten sind nicht herauszuschmecken, sie konserviren das Fleisch partiell, ertheilen ihm eine appetitlichere Farbe, gestatten ferner den Verkauf von kleineren Mengen Fleisch, welche die Bevölkerung, wie es ungemein vielfach geschieht, direkt roh verzehren kann. Eine Täuschung kann mit schwefligsaurem Natron nicht vorgenommen werden, da das zersetzte Fleisch zwar noch roth erscheinen kann, aber die übrigen Kennzeichen der Zersetzung untrüglich wahrgenommen werden, gerade so wie es vorkommt, dass auch rothes Fleisch, welches nicht konservirt ist, einen fauligen Geruch bekommt; und somit ist die Konservirung durch schwefligsaures Natron als ein äusserst nützlicher, die Gesundheit nicht schädigender und das Publikum nicht täuschender Beisatz zu empfehlen, welcher durch missverständliche wissenschaftliche Auffassung des Reichsgesundheitsamtes die Behörden leider veranlasst hat, gegen seine Anwendung einzuschreiten.

Weitgehende Folgen einer Zehenquetschung.

Von

Dr. **Borntraeger**, Regierungs- und Medizinalrath.

„Kleine Ursachen, grosse Wirkungen" — das ist das Motto, welches man zu nachfolgendem Falle wählen möchte.

Ein 59 jähriger gesunder Arbeiter wird 1893 dadurch verletzt, dass ihm eine schwere Eisenschiene von einem Bahnwagen herab auf den linken Fuss geworfen wurde. Der Nagel der linken grossen Zehe war hierdurch losgerissen und wurde entfernt, ausserdem fand sich eine glatte Wunde mitten auf dem Rücken der grossen Zehe, in der Längsrichtung über die Kuppe verlaufend und in der Sohlenfläche die Weichtheile bis zum Knochen durchtrennend: die Wunde wurde genäht. Die Heilung erfolgte unter Eiterung in etwa drei Monaten; die Zehe erschien vorn wie gespalten, der Nagel wuchs nie mehr als zur Hälfte nach.

Noch vier Monate nach der Verletzung war die Zehe wie der ganze Fussrücken stark angeschwollen, erstere sehr schmerzhaft.

Sechs Monate nach der Verletzung war Abschwellung erfolgt; die grosse Zehe ist platter und dünner als die rechte und der Sitz grosser Schmerzen, die sich auch im ganzen linken Beine jetzt finden und die Nachtruhe erheblich stören.

Zehn Monate nach der Verletzung ist der einst rüstige Mann blassen, leidenden Aussehens, hinkend, kann sich nur mit einem Krückstock fortbewegen; die reissenden Schmerzen im ganzen linken Beine bestehen fort; das Bein ist schwach, die Beweglichkeit im Knie- und Hüftgelenke verringert.

Der Verletzte wird nun einer renommirten Heilanstalt überwiesen. Man konstatirt eine Beugekontraktur im linken Kniegelenk von 25°, Muskelabmagerung, Herabsetzung der Sensibilität gegen Pinselstriche und Unempfindlichkeit gegen den faradischen Strom am linken Beine; schwache Patellarreflexe an beiden Beinen, Urin normal. Nach zwei Monate langer Behandlung, also 13,5 Monate nach der Verletzuug, hat sich die Sensibilität deutlich, das Gehvermögen etwas gebessert, im Uebrigen ist der Zustand ziemlich derselbe wie bei der Aufnahme.

21,5 Monate nach der Verletzung ist der Mann mager und von blassem Aussehen, kann nur mit Krücken und Stock gehen, leidet an heftigen Schmerzen und Kältegefühl im abgemagerten linken Bein, welches bis über das Knie hinauf bläulich gefärbt ist, in der Kniegegend sich kalt anfühlt und ebendort stumpfwinklig gebeugt steht, wie auch die Beweglichkeit im Fussgelenk herabgesetzt ist; das linke Bein allein trägt den Mann nicht; Gefühlsvermögen und Ortssinn sind im linken Unterschenkel aufgehoben. Es wird völlige Erwerbsunfähigkeit angenommen.

1896, 35 Monate nach der Verletzung, ist die Blaufärbung bis auf die Mitte des Oberschenkels fortgeschritten, die Kühle ist auch am Unterschenkel und Fuss deutlich; der Mann ist völlig siech, der übrige Zustand wie früher.

1897, 4 Jahre nach dem Unfall, ist der Zustand etwa derselbe. Er bleibt dann ungefähr so bis 1901, also etwa 8 Jahre lang, zu welcher Zeit ein Magen- und Leberkrebs die Leiden des Mannes beendet.

Es kann bei diesem eigenthümlichen, von verschiedenen Aerzten konstatirten Krankheitsverlaufe nur angenommen werden, dass er die Folge einer Quetschung von Nervenfasern in der grossen Zehe und einer Druckwirkung der Narbe auf dieselben gewesen ist. Leider sind nach dieser Richtung hin weder genaue Untersuchungen noch Heilungsversuche angestellt.

Das Insterburger Offiziersduell vom gerichtsärztlichen Standpunkt.

Von

Dr. **Mewius**-Neustadt O.-S.

Kreisarzt.

Das Insterburger Offiziersduell hat weit über die gewöhnlichen Grenzen hinaus das Empfinden breiter Volksschichten erregt, besonders wegen der traurigen Nebenumstände des Falles. Aber auch wenn man solche und ähnliche Verhältnisse bei tödtlichem Ausgang eines Duells als unvermeidlich ansieht, und auch wenn man auf dem Standpunkte steht, dass Thätlichkeiten zwischen Menschen, die stillschweigend sich

auf einen bestimmten Ehrenkodex geeinigt haben, die Erledigung durch Duell erfordern, so wird man doch in dem Insterburger Fall der Auffassung des Ehrenraths, bei gerichtsärztlicher Beurtheilung, nicht beitreten können. Der Konflikt war für eine Erledigung durch Duell durchaus nicht geeignet.

Nachdem bei der Verhandlung gegen Oberleutnant Hildebrand wegen Tödtung des Leutnants Blaskowitz im Duell eine Darstellung der Nebenumstände des Falles Blaskowitz gegeben ist, die auf Richtigkeit Anspruch machen kann, muss man annehmen, dass die Frage der Zurechnungsfähigkeit des Leutnants B. zur Zeit der ihm zur Last gelegten Handlungen von den Mitgliedern des Ehrenraths selbst, ohne Zuziehung eines psychiatrischen Sachverständigen entschieden ist.

Damit gewinnt das Insterburger Duell eine über den Rahmen der besonderen Verhältnisse hinausgehende Bedeutung. Diesen Mangel an Verständniss für die Nothwendigkeit der Zuziehung von Sachverständigen bei der Beurtheilung von Geisteszuständen sehen wir nicht allein bei den Verhandlungen dieses Ehrenraths, sondern, wenn auch seltener, bei ordentlichen Gerichten, ganz besonders häufig aber bei der Handhabung polizeilicher Massregeln. Es ist etwas ganz Gewöhnliches, dass über die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken, bei Erwägung der Frage, ob derselbe der Ueberführung in eine Irrenanstalt bedarf, der Polizeibeamte entscheidet, auf Grund seiner eigenen Meinung oder auf Grund der Auffassung anderer Persönlichkeiten, die von der Sache ebenso wenig verstehen. Ein Verfahren, das jährlich Hunderten von Personen Gesundheit, Vermögen und Leben kostet.

Es ist von praktischem Werth, gerade an der Hand eines solchen die Gesellschaft erregenden Vorkommnisses, wie des Insterburger Duells, zu zeigen, wie nothwendig die Zuziehung von Sachverständigen ist in allen wichtigen Fällen, in denen der Laie in die Lage kommt, abnorme Geisteszustände zu beurtheilen.

Zu den abnormen Geisteszuständen sind nicht allein Geisteskrankheiten zu rechnen, sondern auch die aus hereditärer Belastung hervorgehenden wesentlichen Eigenthümlichkeiten und alle die durch körperliche und geistige Erschöpfung entstandenen abnormen Zustände, die der Laie unter dem Sammelbegriff der hochgradigen Nervosität zusammenzufassen pflegt. Insbesondere bedürfen aber bei wichtigen Entschliessungen und das sind solche eines Ehrenraths, die Wirkungen des Alkohols stets einer für die Betheiligten speziellen Würdigung. Es ist bezeichnend für die normale Wirkung des Alkohols auf besonders reaktionsfähige Personen, dass, wie beim Tobsüchtigen, eine Reihe ästhetischer Vorstellungen, die hemmend und kontrolirend sonst dem Gesunden zu Gebote stehen, erlöschen und Form und Sitte, bei dem Verlust der Selbstbeherrschung, nicht mehr gewürdigt werden. Ueber einen Betrunkenen glaubt aber Jeder selbst nach seinen eigenen Erfahrungen urtheilen zu können, ohne zu berücksichtigen, dass ebenso wie andere Gifte so auch der Alkohol auf verschiedene Personen und unter veränderten Verhältnissen eine ganz verschiedene Wirkung ausübt. Es bedarf, wenn Konflikte unter dem Einfluss des Alkohols zu Stande gekommen sind und wichtige Entscheidungen getroffen werden sollen, stets besonderer Begutachtung und einer Beurtheilung des ganzen Menschen und der ganzen Verhältnisse, um eine für die Betheiligten sachgemässe Entscheidung treffen zu können.

Die nachfolgende Darstellung stützt sich auf zwei Mittheilungen über die Verhandlung gegen Oberleutnant Hildebrand, die in No. 816 und 820 der Schles. Zeitung veröffentlicht sind und die, soweit sie für die Beurtheilung des Geisteszustandes des Leutnants Blaskowitz zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen von Bedeutung sind, hier wiedergegeben werden sollen.

Das Duell Hildebrand-Blaskowitz ist am Montag früh $8^1/_2$ Uhr vor dem Kriegsgericht der zweiten Division in Insterburg zur Verhandlung gelangt. Es waren zwölf Zeugen, darunter auch Pfarrer Blaskowitz, geladen. Nach Verlesung des Eröffnungsbeschlusses erkannte das Gericht auf Ausschluss der Oeffentlichkeit; doch durften, wie berliner Blätter mittheilen, die Vertreter der Presse im Saale bleiben, wobei ihnen zur Pflicht gemacht wurde, über die Art der Thätlichkeiten und der Beleidigungen zu schweigen. Der Angeklagte, Oberleutnant Hildebrand, erklärte bei seiner Vernehmung:

Wir kamen mit fünf Kameraden am 31. Oktober, früh 4 Uhr aus dem Artilleriekasino im Deutschen Haus und fanden in der Reitbahnstrasse, in einer Thüröffnung hockend und schnarchend, einen Offizier, den wir anfänglich für einen eingeschlafenen Nachtwächter hielten, machten Witze, erkannten aber Blaskowitz und beschlossen, ihn nach Hause zu bringen. Rasmussen gab die Junggesellen-Wohnung des Blaskowitz an; dieser war anfänglich äusserst schwer zu behandeln. Er war mehr schlaftrunken als betrunken, ermunterte sich bald, konnte in der Nähe der Post schon wieder allein gehen, suchte sich hier seiner Begleitung zu entziehen, wurde aber zurückgeholt und nach der Albrechtstrasse 5 gebracht und zwar von Oberleutnant Hildebrand, Splettstösser und Leutnant Rasmussen. Dort kam es zu Thätlichkeiten im Hausflur (auf Mittheilung von Einzelheiten muss wegen Schweiggebots verzichtet werden), jedenfalls war Blaskowitz nicht unzurechnungsfähig. Hildebrand reagirte auf die Thätlichkeiten nicht. Sie verliessen das Haus, nachdem Leutnant Splettstösser vergeblich zu ermitteln gesucht, ob dort ein anderer Infanterist wohne. Sie beobachteten die Hausthüre von der gegenüberliegenden Strassenseite, bis Leutnant Schmidt vom Infanterieregiment 147 zufällig hinzukam. Diesen sandten sie zu Blaskowitz, nachdem sie ihre Nüchternheit durch Schmidt hatten feststellen lassen.

Zeuge Leutnant Schmidt schildert den Vorgang und das Zusammentreffen mit Blaskowitz wie Hildebrand. Schmidt war auf dem Bahnhofsweg wegen einer Kommandirung: Splettstösser gab ihm Auftrag, Blaskowitz in die neue Wohnung zu bringen, nachdem Schmidt ihm den Wohnungswechsel mitgetheilt hatte. Ueber den Vorgang selbst wurde nicht gesprochen. Die Artillerieoffiziere fanden Blaskowitz vollkommen nüchtern. Schmidt fand Blaskowitz im Hausflur schlafend. Er weckte Blaskowitz auf; dieser war sofort ziemlich normal, brauchte unterwegs keinerlei Unterstützung, redete vernünftig und sagte, er müsse früh zu seiner Braut abreisen. Schmidt sagte: „Du kannst nicht fahren."

Zeuge Oberleutenant Splettstösser vom Feld-Artillerie-Regiment 37 schildert den Znsammenstoss mit Blaskowitz in derselben Weise wie der Angeklagte Hildebrandt. Blaskowitz könne nicht unzurechnungsfähig gewesen sein, weil er ihn, den Zeugen, den er seit drei Jahren nicht gesehen hatte, gleichwohl erkannte und beim Namen nannte. Blaskowitz habe gewusst, was er that, seine Reden im Hausflur, die das Duell provozirten, seien völlig logisch gewesen. Von mechanischem Umsichhauen sei keine Rede gewesen. Hildebrand dagegen hatte sich äusserst ruhig verhalten, selbst die derbe Redensart, die er gegen Blaskowitz gebrauchte, sei nur ein Beschwichtigungsversuch gewesen. Wenn Blaskowitz bei der Begegnung in der Reitbahnstrasse zunächst den Eindruck der Sinnlosigkeit machte, so

hätte dies in seiner Schlaftrunkenheit gelegen, wäre aber nicht eine Folge des voraufgegangenen Alkoholgenusses gewesen. Ich meine, dass Blaskowitz klar darüber war, was er gethan hat, obgleich er betrunken war.

Leutnant Rasmussen vom Feldart.-Regt. 37, gegen den die Verhandlung wegen Herausforderung des gestorbenen Leutnants Blaskowitz zum Zweikampf später stattfinden wird, schildert als Zeuge den Vorgang selbst wie die Vorzeugen. Der Ehrenrath habe Sonnabend Abend die Erklärung abgegeben, dass er nicht in der Lage sei, einen Ausgleich vorzuschlagen. Blaskowitz sei nicht volltrunken gewesen, das beweise einmal das Wiedererkennen des Oberleutnants Splettstösser sowie die wiederholte Nennung seines, des Zeugen, und Hildebrandt's Namens, das bewiesen aber auch ferner die Aeusserungen und Handlungen des Getödteten. Blaskowitz habe, obwohl ihm durch Leutnant Schmidt eine Aussöhnung mit Hildebrand nahe gelegt worden, keinen Versuch zur Abbitte gemacht. Wenn Splettstösser bei dem Renkontre äusserte: „Ruhig, der Mann weiss ja nicht, was er thut," so sei es geschehen, um Hildebrand von einer Erwiderung der Thätlichkeiten abzuhalten.

Leutnant Schmidt vom Inf.-Regt. 47 bekundet, dass er am 31. Oktober früh 4,30 dienstlich nach Judtschen fahren sollte. Auf dem Wege zur Bahn traf er die drei Artillerieoffiziere, welche ihn aufforderten, zu Blaskowitz zu gehen, da dieser tobe. Er begab sich in Folge dessen nach Albrechtstrasse 5, wo er Blaskowitz in hockender Stellung im Hausflur fand. Auf seine Aufforderung stand Blaskowitz auf und ging in seine Wohnung, indem er ohne fremde Hilfe die Treppe gehen konnte. Auf die Frage des Kameraden, was denn geschehen sei, erwiderte Blaskowitz, er wüsste von gar nichts. Er bat aber Lieutenant Schmidt, einen der Herren aufzusuchen.

Leutnant Petiskus vom Inf.-Regt 147 bekundet, dass Blaskowitz am 30. Oktober im Offizierskasino vom Junggesellenleben Abschied genommen. Blaskowitz hat zwar dabei getrunken, aber nicht zu viel, er war heiter und ausgelassen. Am 31. hat ihm Blaskowitz mitgetheilt, dass ihm dunkel erinnerlich sei, dass er sich mit Artillerieoffizieren im Flur gezankt. Blaskowitz hat ihn gebeten, ihn zu entschuldigen, was er aber unterliess, da er nicht informirt war.

Vier Gutsbesitzer aus der Nachbarschaft bekunden gleichlautend: Blaskowitz kam nachts ungefähr $1^1/_2$ Uhr aus dem Kasino ins Hotel „Königlicher Hof", trank dort weiter Whisky, Grog und Bier und nöthigte sie, mit ihm noch eine Flasche französischen Sekt auf das Wohl seiner Braut zu trinken, trotz allseitigen Abrathens. Blaskowitz war animirt und hatte Streit mit dem Kellner, weil die Küche schon geschlossen war. Er war keineswegs betrunken, auch zuletzt nicht, sondern „absolut verfügungsfähig". Der Hotelier hat den Leutnant hinausgeleitet, der Herr seiner Sinne und Glieder war. Blaskowitz sei ein liebenswürdiger, aber sehr leicht erregbarer Mensch gewesen.

Zeuge Oberleutnant Reinicke vom Inf.-Regt. 147 sagt aus: Blaskowitz war nach der Kasinokneiperei gegen Mitternacht nicht merklich bezecht, er war aber seit Wochen merklich nervös und musste sich manchmal einen Ruck geben, um nicht harmlose Bemerkungen beleidigend zu beantworten. Beim Zweikampf sei Blaskowitz ruhig gewesen, er schoss zuerst.

Aus diesen Zeugenaussagen ergiebt sich folgende Sachdarstellung: Blaskowitz war seit Wochen vor seiner Hochzeit merklich nervös und musste sich manchmal einen Ruck geben, um nicht harmlose Bemerkungen beleidigend zu beantworten. Am 30. Oktober war er im Offizierkasino seines Regiments, um von seinem Junggesellenleben Abschied zu nehmen. Er hat zwar dabei getrunken, aber nicht zuviel. Um $1^1/_2$ Uhr ist er aus dem Offizierkasino in das Hotel Königlicher Hof gegangen, hat dort weiter Whisky, Grog und Bier getrunken und zu Fünfen eine Flasche Sekt. Blaskowitz war dort animirt, er hatte Streit mit dem Kellner. Er war aber nach der Darstellung der Zeugen „keineswegs betrunken auch zuletzt nicht, sondern absolut verfügungsfähig." Um 4 Uhr ist Blaskowitz von Artillerieoffizieren in der Reitbahnstrasse an einer Thür in Uniform hockend und schnarchend vorgefunden. „Er war mehr schlaftrunken als betrunken", ermunterte sich bald, konnte in der Nähe der Post schon allein gehen, suchte sich hier seiner Begleitung zu entziehen, wurde aber zurückgehalten und nach der Albrechtstrasse 5 in seine alte Junggesellenwohnung gebracht. Im Hausflur erfolgten die Thätlichkeiten.

„Jedenfalls war Blaskowitz nicht unzurechnungsfähig": die Artillerieoffiziere haben ihn „vollkommen nüchtern" gefunden. Leutnant Schmidt hat B. bald darauf im Hausflur schlafend vorgefunden. Er hat ihn in seine richtige Wohnung gebracht. B. hat bei dieser Gelegenheit „von nichts gewusst", hat geäussert, dass er früh zu seiner Braut fahren müsse. An demselben Tage, offenbar, nachdem er ausgeschlafen, hat Blaskowitz zu Leutnant Petiskus geäussert, ihm sei dunkel erinnerlich, dass er mit Artillerieoffizieren im Hausflur gezankt. Er bäte, ihn zu entschuldigen.

Diese Darstellung ist nicht erschöpfend, die darin angeführten positiven Thatsachen genügen aber vollkommen, um sich ein zuverlässiges Bild von dem Geisteszustand des Lieutenants Blaskowitz zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen zu machen.

Man muss nach den Zeitungsberichten annehmen, dass die Anhörung von Sachverständigen über den Geisteszustand des Leutnants Blaskowitz unterblieben ist. Der Ehrenrath hat sich vielmehr auf das Urtheil von Laien gestützt und ist zu dem Schluss gekommen: Blaskowitz ist für die ihm im vorliegenden Falle zur Last gelegten Handlungen verantwortlich. Er hat sich einer thätlichen Beleidigung der Oberleutnants Hildebrand und Rasmussen schuldig gemacht.

Auf den Ehrenrath haben offenbar die Angaben der Zeugen besonderen Eindruck gemacht, dass Blaskowitz nicht voll betrunken war, dass er den Leutnant Splettstösser, den er drei Jahre lang nicht gesehen, erkannt hat, dass er die anderen Offiziere beim Namen nannte und nicht mechanisch um sich geschlagen, sondern richtig getroffen hat.

Solche Umstände sind für die Auffassung geistiger Zustände, im Allgemeinen und auch im vorliegenden Falle von untergeordneter Bedeutung. Aus dem Verhalten zur Zeit der Begehung einer Handlung allein, dürfen unter obigen Verhältnissen nicht Schlüsse gezogen werden auf die Zurechnungsfähigkeit des Handelnden,

Die Reproduktion von Erinnerungsbildern, anscheinend logische Sprechweise, folgerechtes Handeln, Ausführung komplizirter Bewegungen bei Begehung einer Strafthat sind nicht ausreichend, um zu beurtheilen, ob der Beschuldigte sich in einem Geisteszustand befand, bei dem er über sein Wollen frei zu bestimmen in der Lage war. Dazu gehört die Beurtheilung des gesammten Geisteszustandes eines Menschen, insbesondere aber bei akut auftretenden abnormen Geisteszuständen die Berücksichtigung des Verhaltens vor und nach der That. Ebensowenig wie der Gerichtsarzt bei einem Menschen, der bei einer Strafthat auffallende Handlungen begangen hat, Geistesstörung annehmen darf, wenn die ganzen sonstigen Verhältnisse gegen das Vorliegen einer Geistesstörung sprechen, ebensowenig darf

allein aus dem anscheinend vernünftigen Verhalten eines Menschen zur Zeit der Begehung der Strafthat geschlossen werden, dass der Thäter zurechnungsfähig war.

Das ist ein verhängnissvoller Irrthum, der sich auch in diesem Fall bitter gerächt hat.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass dieses Duell nicht stattgefunden hätte, wenn geeignete militärische Sachverständige über die Zurechnungsfähigkeit des Blaskowitz zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen gehört worden wären.

Leutnant Blaskowitz stand kurz vor seiner Hochzeit. Sein regelmässiger Dienst, die Neueinrichtung der neuen Wirthschaft, all die Erregungen freudiger Art, die in dieser Zeit auf ihn eingewirkt haben, waren geeignet, seine Geistesthätigkeit zu alteriren. „Er war seit Wochen merklich nervös". Diese Nervosität machte ihn besonders disponirt für das Eintreten der durch Alkoholrausch bedingten Funktionsstörungen des Gehirns. Auf jede intensivere Erregung des Gehirns folgt ein Zustand der Erschlaffung. Dieser Zustand hätte sich normaler Weise bei Leutenant Blaskowitz nach der erhöhten, geistigen Arbeitsthätigkeit und den Erregungen kurz vor der Hochzeit dadurch gezeigt, dass sein Schlaf ein besonders fester geworden wäre und tiefer gewesen wäre als gewöhnlich. Wenn unter solchen Verhältnissen auch ein normal veranlagter Mensch bis 4 Uhr Morgens aufbleibt und den natürlichen Zustand der Erschlaffung durch die erschlaffende Wirkung des Alkohols noch steigert, so kann derselbe, das ist jedem Psychiater und auch vielen Laien bekannt, in einem Zustand des Schlafes und der Trunkenheit gerathen, in dem er, aufgerüttelt, richtige Antworten geben und komplizirte Handlungen ausführen kann, bei dem aber nach diesen Handlungen sogleich der Erschlaffungszustand wieder eintritt. Es kann für die Handlungen nach dem Erwachen aus so tiefem Schlaf volle Erinnerungslosigkeit bestehen oder eine mehr oder weniger nebelhafte, traumartige Verfälschung der Erinnerung.

Etwas Aehnliches werden viele in gleichgiltigen Dingen bei sich und ihren Angehörigen, die sie aus dem Schlaf geweckt, erlebt haben.

Ein solcher Zustand der Schlaftrunkenheit hat mit grosser Wahrscheinlichkeit bei Leutenant Blaskowitz bestanden.

Leutnant Blaskowitz war Bataillonsadjutant. Man muss deshalb annehmen, dass er mit Takt und Ueberlegung zu handeln gewohnt war. Er stand kurz vor der Hochzeit und wird gewiss im Zustand der Ueberlegung Alles haben vermeiden wollen, was ihm das schönste Fest seines Lebens hätte stören können. Er beging Handlungen, die ihm sein Hochzeitsfest stören und ihm alle Freude daran benehmen mussten. Er beging Handlungen, deren Ausführung er nicht überlegt haben kann. So müssen auf rein psychologischer Auffassung beruhende Erwägungen dazu führen, seine Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Begehung der Handlungen in Zweifel zu ziehen. Diese natürlichen Bedenken werden noch weiter gestützt durch die Umstände bei Ausführung der That, wie sie in der Verhandlung gegen Hildebrand bekannt geworden sind. Blaskowitz wird in Offizierskleidung um 4 Uhr Morgens hockend und schnarchend an einer Hausthür gefunden. Er wird von den Offizieren aufgerüttelt. Blaskowitz war, wie sie angeben, „mehr schlaftrunken als betrunken", konnte anfangs nicht allein gehen, suchte sich dann der Begleitung zu entziehen, wurde aber wieder angefasst und zum Hausflur seiner alten Wohnung gebracht, obgleich er sagte, dass er hier nicht wohne. Die Offiziere haben nicht von ihm selbst, sondern erst später von dem Leutenant Schmidt erfahren, dass Blaskowitz bereits eine andere Wohnung inne hätte. Blaskowitz hatte also wohl die Erinnerung, dass er hier nicht wohne, hat aber den Offizieren den Grund seiner Weigerung, in die alte Wohnung zu gehen, nicht mittheilen können, weil er sich in Unklarheit über die Situation befand, er nicht im Stande war, seine Verhältnisse klar auseinander zu setzen, um die angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen. In dem Hausflur der alten Wohnung erfolgten nun die Thätlichkeiten, anscheinend auf eine objektiv schwere Beleidigung des Leutnants Hildebrand. Blaskowitz ist, von den Offizieren allein gelassen, in dem Hausflur der alten Wohnung verblieben. Er ist nicht selbst in seine neue gegangen. Kurze Zeit nach diesen Vorgängen ist er von Leutnant Schmidt wieder schlafend in dem Hausflur vorgefunden und dann in die neue Wohnung gebracht. Blaskowitz „wusste von nichts". Auch am nächsten Morgen hat er eine nur summarische Erinnerung gehabt. Er hat dem Fall so wenig Bedeutung beigemessen, dass er den Lieutenant Petiskus einfach gebeten hat, ihn zu entschuldigen. Es ist bezeichnend, dass Blaskowitz nach Ausführung von Handlungen, die für seine ganze Stellung als Offizier und für sein ganzes Lebensglück von schwer wiegender Bedeutung waren, sogleich wieder schlafend vorgefunden ist und das nicht einmal im Bett, sondern unter örtlichen Verhältnissen, bei denen man sonst nicht zu schlafen pflegt.

Blaskowitz befand sich in einem Zustand des Schlafs und der Trunkenheit, in dem er Handlungen vollführte, über die er sich nicht klar war. Wenn ein Schlaftrunkener mit einer Nadel gestochen wird, so macht er Abwehrbewegungen, schlägt, wenn er stark aufgerüttelt wird, auch richtig zu unter Anwendung von abwehrenden Worten mit offenen Augen. In gleicher Weise wie auf Nadelstiche wird ein so aufgerüttelter schlaftrunkener Mensch auf Beleidigungen reagiren. Er vernimmt die gesprochenen Worte, dieselben gelangen aber nur bis zu Stellen des Gehirns, die man wohl als Sitz des Unterbewusstseins bezeichnen kann. Hier werden wohl Reaktionen ausgelöst, die Handlungen selbst bleiben aber ganz oder halb unbewusste, weil die Fortleitung bis zu denjenigen Stellen der Grosshirnrinde, die eine vom Willen abhängige geistige Verarbeitung der Eindrücke ermöglichen, gestört oder aufgehoben ist.

Man wird nicht jedem Menschen, der angiebt, von der Begehung einer strafbaren Handlung nichts zu wissen, Glauben schenken. Nach dem ganzen Zusammenhang und den Vorgängen bei der Begehung der That verdienen aber die Angaben des Leutnants Blaskowitz, dass er von seinen Handlungen gar nichts oder nichts Bestimmtes gewusst habe, durchaus Glauben. Man wird bei näherer Kenntniss der Verhältnisse gewiss noch manche andere Thatsache anführen können, welche diese Auffassung bestätigt.

Die Erinnerungslosigkeit für eine Handlung ist aber bezeichnend für das Bestehen einer Trübung des Bewusstseins, die den Betroffenen hinderte, hemmend und kontrolirend auf seine Handlungen einzuwirken.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass Leutnant Blaskowitz unter dem Einfluss einer schon bestehenden erhöhten Reizbarkeit, der Uebermüdung und des Alkohols zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Handlungen im strafrechtlichen Sinne sich in einen Zustande der Bewusstlosigkeit befand, welcher seine freie Willensbestimmung ausschloss. Wenn irgend Jemand, so stand dem Leutnant Blaskowitz der Schutz des § 51 des Strafgesetzbuchs zur Seite, welcher lautet: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Strafthat sich in einem Zustand der Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Die Handlungen des Leutnants Blaskowitz im Hausflur des Hauses Albrechtstrasse 5 enthalten ebensowenig eine Beleidigung wie Beschimpfungen und thätliche Angriffe, die ein Kranker im Chloroformrausch seinem Arzt oder seinem Wärter angedeihen lässt.

Referate.

Chirurgie.

Die Varität im Schultergelenk.

Von Dr. J. Riedinger-Würzburg.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 54, XXIX.)

Verf. berichtet über ein der Coxa vara analoges Präparat an der Schulter, das er zufällig fand, verbunden mit einer Ankylose im Ellenbogengelenk, die jedenfalls als Resultat einer chronisch-rheumatischen Gelenkentzündung oder einer chronischen Osteomyelitis durch eine von der Peripherie zur Mitte des Gelenkes fortschreitende Verknöcherung zu Stande gekommen war und bei der der Condyl. int. humeri in die Höhe geschoben und um seine Achse nach oben gedreht war.

Am Präparat sah die Kopfgelenkfläche des Oberarms mehr seitwärts als nach oben. Die Knorpelgrenze derselben verlief fast senkrecht und parallel zur Längsachse des Humerus. Seine Mittellinie war im Verlauf zum Centrum der Kopfgelenkfläche zwischen Collum chirurgicum und anatomicum ziemlich scharf abgeknickt, so dass der Kopf etwas herabgesunken schien. Die Betrachtung des Präparates von innen zeigte die Abknickung des Humerusschaftes gegen den Kopf durch Verschiebung, so dass die Humeruslängsachse die Frontalebene in einem Winkel von ca. 38° kreuzte, während sie normaler Weise so ziemlich parallel mit dieser Ebene verläuft. Schliesslich war der Humerusschaft auch noch nach innen rotirt und das Tuberculum minus vergrössert, nach innen und vorn gewendet. Es finden sich am Präparat somit die drei Kriterien der Varusstellung: Abduktion, Streckstellung und Einwärtsrotation. Verf. sieht in der Ellenbogenankylose den Grund der Abnormität, denn der Ellenbogen war bei der Beugestellung und ziemlichen Pronation des Vorderarmes durch die Schwere meist nach rückwärts gelagert und der Oberarm wurde im Schultergelenk nach innen rotirt, um vikariirend bei der mangelnden Pronation einzutreten. Weiter drückte die lange Bicepssehne bei der Erhebung des Armes von oben her und liess so sich das Tub. majus stärker abknicken. Die untere Humerusdiaphyse war kompensatorisch durch Muskelwirkung etwas nach rückwärts gebogen. Verf. sieht die Affektion ohne vorausgegangenes Trauma als Effekt einer Osteoporose an, weil er auf einem Längsschnitt in der Spongiosa zwischen den Tuberkula mehrere kleinere und grössere, glatte und mit Bälkchen durchzogene Kanäle, die z. Th. bis an die Duraoberfläche reichten, und im oberen Humerusschaft in der stark verdünnten Dura noch spongiöse Räume fand. Zum Schluss theilt Verf. noch den Fall eines Schülers mit, bei dem ohne vorausgegangenes Trauma oder Erkrankung der l. Arm um 7 cm verkürzt und innerhalb eines Jahres die Unmöglichkeit eingetreten war, den Arm über die Horizontale zu erheben. Derselbe schien oben auch noch voluminöser, weil hier eine nach oben aussen konvexe Verbiegung des Knochens bestand, während der übrige Theil gerade war. Verf. sieht hier ebenfalls eine Adduktionsstellung des Humerusschaftes und zwar nach Spätrhachitis und glaubt, in diesem Krankheitsbild einen Humerus varus adolescentium der Coxa vara adolescentium an die Seite stellen zu können. Krausse-Berlin.

Ueber die Fraktur des Processus coronoideus ulnae.

Von Professor Fr. Beck-New-York.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 60, Heft 1 u. 2.)

Der Bruch des Kronenfortsatzes der Elle, der bekanntlich mehrfach bei Verrenkung nach hinten beobachtet wurde, ist nach Verf. nicht so selten, als man im Allgemeinen annimmt; Verf. konnte im Laufe von 4 Wochen drei derartige Brüche nachweisen.

Die Stellung der Diagnose hat bis jetzt Schwierigkeiten gemacht, da der Fortsatz selbst bei normalen Verhältnissen kaum durchzufühlen ist und durch die kräftigen Lig. lateralia und das Lig. annulare in seiner Lage festgehalten wird, sodass es beim Bruch desselben nicht leicht zu einer erheblichen Dislokation kommt. Krepitation ist aus demselben Grunde nur selten nachweisbar und das ausgesprochenste Symptom, intensiver Schmerz in der Ellenbeuge bei starker Beugung, ist subjektiver Natur. Erst die Röntgenstrahlen haben die Diagnose zu einer leichten und sicheren gemacht.

Die vom Verfasser mitgetheilten Fälle waren hervorgerufen durch Fall auf den Kleinfingerballen bei mässig gestrecktem Arm und durch Zerrung im Getriebe einer Maschine; beim dritten Kranken war die Entstehungsursache unbekannt. Der frische Bruch wurde durch Reposition unter Röntgenkontrolle mit gutem Erfolge geheilt, für die beiden anderen, 2 bezw. 11 Jahre alten Fälle, bei denen das Gelenk in spitzwinkeliger Stellung fixirt steht, schlägt Verfasser Abmeisselung der im Wege stehenden Knochenstücke vor. Niehues-Berlin.

Die Pseudarthrose des Nagelgliedes.

(Mit 5 Röntgenbildern.)

Von Prof. W. Müller, Oberarzt am Luisenhospital in Aachen.

(Centralbl. f. Chir. 1901, No. 9.)

Nach komplizirten Brüchen der Endphalangen dürfte die Pseudarthrose des Nagelgliedes öfter eintreten, als bisher, vor Zuhilfenahme des Röntgenapparates, Mangels deutlicher klinischer Symptome diagnostizirt werden konnte. Ein Zwischengerathen von Weichtheilen verhindert die knöcherne Verheilung, und die Patienten werden in Sicherheit und Kraft des Zufassens mit dem verletzten Finger behindert, ohne dass an den kurzen Hebelarmen palpatorisch die abnorme Beweglichkeit, vor Allem Ueberstreckung, nachgewiesen werden kann. Unter Lokalanästhesie ist leicht Heilung anzubahnen.

Seelhorst.

Innere Medizin.

Ueber Herzgeräusche.

Von Prof. Dr. Drasche-Wien.

(Wiener medizin. Wochenschrift No. 45, 1901.)

Wir entnehmen dieser Arbeit, in welcher Verf. über seltener auftretende Herzgeräusche berichtet, folgenden interessanten Fall von traumatischer Aorteninsuffizienz mit doppeltem musikalischen Geräusch. Ein 47jähriger Fabrikarbeiter, starker Trinker, hebt eine schwere Last und empfindet plötzlich einen heftigen Stich in der Brustgegend; gleichzeitig tritt hochgradige Athemnoth auf. Seitdem — bis zum Eintritt in die Beobachtung sind vier Monate vergangen — leidet Pat. fortwährend an Herzklopfen, zeitweiliger Dyspnoe und Schlaflosigkeit. Zur Zeit der Aufnahme zeigt der sehr herabgekommene, anämische Kranke starke hydropische Anschwellungen der unteren Extremitäten, schmutziggelbes Hautkolorit und einen leichten cyanotischen Anflug der Lippen. Die Herzgegend war stark vorgewölbt, der ziemlich ausgebreitete und stark hebende Herzspitzenstoss zwischen der sechsten und siebenten Rippe, zwei Querfinger von der Brustwarze nach auswärts.

Das Herz erschien in beiden Durchmessern, namentlich aber im Längendurchmesser, ausserordentlich vergrössert. An der Herzspitze wurde ein systolisches, mehr schabendes und in der Diastole ein musikalisches Geräusch gehört. Das systolische Geräusch begann rauh und endete musikalisch, während das diastolische Geräusch ebenso, aber länger und lauter war. In der Carotis zwei Geräusche, in der Cruralis ein herzsystolischer Ton und ein diastolisches Geräusch. Die Temporalarterie stark geschlängelt, die Radialis rigid, der Puls unregelmässig und schnellend. Harn ikterisch gefärbt, albumenhaltig, Tagesmenge 600 gr; die Leber stark über den Rippenbogen ragend. Der Kranke litt fortwährend an starker Athemnoth, die sich zur Nachtzeit zu heftigen, sehr schmerzhaften stenokardischen Anfällen steigerte. Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich von Tag zu Tag, es traten haemorrhagische Infarkte in den Lungen auf, der Puls wurde sehr unregelmässig und schwach, während sich gleichzeitig der musikalische Charakter des systolischen und diastolischen Geräusches verlor, und nach vierwöchentlicher Beobachtung trat der Tod ein. Die Sektion ergab: Bedeutende Dilatation des ganzen Herzens, chronische Entarteriitis der Aorta und ihrer Klappen, Verschluss der Mündung der linken und Verengung der rechten Coronararterie. Die hintere Aortenklappe war von ihrer linken Kommissur abgerissen, herabgedrängt und hob sich von da ein dreieckiger, dünner, 7 mm langer, frei flottirender Zipfel ab. Die durch die Wasserprobe auch nachgewiesene Aorteninsuffizienz war durch die lädirte hintere und die beiden anderen verkalkten Klappen zu Stande gekommen. Das musikalische Doppelgeräusch in der Aorta war somit durch die Ruptur einer Klappe veranlasst, indem ein abgerissenes Fragment, ein länglicher Zipfel, in der durch die Insuffizienz der Semilunarklappe entstandenen Lücke am Aortenostium durch die Blutströmung frei hin und her flottiren konnte. Bei dem Zustande der muskulären Gebilde des Herzens wurde dieses Fragment bei der Systole nicht so stark in Schwingungen gesetzt, als bei der Diastole. Daher verlor sich später der musikalische Charakter des systolischen Geräusches mit der zunehmenden Herzschwäche. Gleichfalls wurde auch die nach der Ruptur entstandene Lücke im Aortenostium durch die fortschreitende Verkalkung und Verdickung der Klappen geringer, wodurch das Flottiren der Membran räumlich eingeschränkter geworden ist. Da dieselbe elastisch und nicht weiter degenerirt war, so dürfte zur Zeit der stattgefundenen Ruptur die hintere Klappe nur theilweise atheromatös entartet gewesen sein. — y.

Zur Kenntniss der Herzneurosen.

Von Privatdoz. Dr. Alois Pick-Wien.

(Wiener klinische Rundschau No. 41, 1901.)

Im Laufe des verflossenen Jahres hat Verfasser 41 bemerkenswerthe Krankheitsfälle beobachten können, welche immer nur junge Männer im Alter von 18 bis 30 Jahren betrafen und hauptsächlich folgende Symptome aufwiesen: Subjektiv Herzklopfen und Athemnoth bei geringer körperlicher Anstrengung, leichte Ermüdbarkeit der quergestreiften Muskulatur. Objektiv: 1. Struma mässigen Grades. 2. Gesteigerte Erregbarkeit des Herzens bei geringer körperlicher Bewegung, welche sich in einer rasch ansteigenden Beschleunigung der Herzaktion geltend machte. 3. Gesteigerte Erregbarkeit der Hautgefässe, welche dadurch zum Ausdruck kam, dass ein Strich mit dem Stiele des Perkussionshammers eine lang anhaltende, selbst mehrstündige Röthung der gestrichenen Stellen zur Folge hatte. In der Mehrzahl der Fälle war ausserdem vorhanden: 4. Herzhypertrophie, vorwiegend den linken Ventrikel betreffend. 5. Ungleichheit der Pupillen, zumeist Erweiterung der rechten Pupille durch Reizung des Dilatators. 6. Anästhesie der Rachenschleimhaut. 7. Gesteigerte Sehnenreflexe. 8. Hyperhidrosis in der Achselhöhle. In einzelnen Fällen kam noch hinzu: 9. Hippus. 10. Zittern der ausgestreckten Finger und des geschlossenen Augenlides. 11. Das Erben'sche Puls-Phänomen, welches bekanntlich darin besteht, dass beim Niederhocken oder ausgiebigem Beugen nach vorne eine plötzliche Pulsverlangsamung auftritt, worauf nach drei bis sechs Pulsschlägen eine allmähliche Erhebung der Pulsfrequenz erfolgt, so zwar, dass die Höhe derselben die Pulszahl vor dem Versuche übersteigt. 12. Anfallweise auftretende Arythmie der Herzaktion. Was nun die Deutung dieses komplizirten Symptomenbildes anbelangt, so konnte man an rudimentäre Fälle der Basedow'schen Krankheit denken. Allein es ist zu betonen, dass die beobachteten Anzeichen in allen Fällen stabile waren, selbst nach zweijährigem Zeitraum hatte sich keine Verschlimmerung gezeigt. In der Ruhe war die Herzaktion normal, nur nach geringer körperlicher Anstrengung trat die Tachykardie temporär auf. Auch die subjektiven Beschwerden wurden nur im Anschluss an körperliche Emotionen empfunden. Verfasser glaubt, dass es sich um eine Herzneurose handelt, die vielleicht nicht ganz von Morbus Basedowii zu trennen ist, jedoch mit diesem Krankheitsbild keineswegs sich deckt. Auffallend ist die ausserordentliche Häufigkeit der Fälle, sowie der Umstand, dass die Krankheit ausschliesslich Männer im kräftigsten Lebensalter betraf, welche sonst gar keine anderen nervösen Erscheinungen darboten. —y.

Psychiatrie und Neurologie.

Die Homosexualität in Wien.

Von Dr. Magnus Hirschfeld-Charlottenburg.

(Wiener klinische Rundschau, No. 42, 1901.)

Wie in Deutschland, so macht sich auch in Oestereich seit längerer Zeit eine Bewegung gegen den „Sodomieparagraphen“ geltend, den man vielfach für nutzlos und ungerecht hält. Verf., der sich an diesem Kampfe im Interesse der unglücklichen Pervers-Sexuellen in hervorragender Weise betheiligt, gewährt uns in diesem Aufsatze einen sehr interessanten Einblick in die Lebensgewohnheiten und Gepflogenheiten der Wiener Homosexuellen. —y.

Beiträge zur Lehre vom Harnsäurestoffwechsel der Epileptiker.

Von J. Mainzer.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. X. Heft 1.)

Auf Grund einer kritischen Besprechung der bekannten Arbeit von Krainsky und vier eigener, mit allen Kautelen durchgeführter Stoffwechseluntersuchungen kommt V. zu dem Schluss, dass im Gegensatz zu den Ansichten von Krainsky bei Epileptikern Schwankungen der Harnsäureausscheidung ohne epileptischen Insult auftreten können. Die kausalen Beziehungen zwischen Schwankungen und Insult sind somit nicht derart, dass die eine Erscheinung nicht ohne die andere auftritt. Aber auch zugegeben, dass hier wirklich ein kausaler Zusammenhang bestände, so spielt karbaminsaures Ammoniak keine Rolle dabei, wie Krainsky annimmt.

Ernst Schultze.

Tabes dorsalis incipiens und Syphilis.

Von Cassirer und J. Strauss.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. X. Heft 4. Okt. 1901.)

Aus der nach verschiedenen Richtungen hin interessanten Krankheitsgeschichte und mikroskopischen Untersuchung verdient hier hervorgehoben zu werden, dass sie die Rieger-Wolff'sche Ansicht wiederlegen, nach der die Pupillenstarre

auf eine Hinterstrangsdegeneration im Halsmarke zurückzuführen sei. Pupillenstarre und Hinterstrangsveränderung sind, wie die Verfasser in Uebereinstimmung mit Fürstner ausführen, nicht von einander abhängig, sondern es sind koordinirte Erscheinungen, die einer Ursache ihre Entstehung verdanken. Weiterhin ist der Fall deshalb bemerkenswerth, weil er neben der Tabes sichere anatomische Zeichen einer konstitutionellen Syphilis (syphilitische Tracheitis, Oesophagitis, Orchitis und Nephritis) darbot. Auch daraus ergiebt sich wieder, dass der Lues unzweifelhaft eine ausserordentlich bedeutsame Rolle bei der Entstehung der Tabes zuzuschreiben ist. Ernst Schultze.

Hygiene.

Ueber die Ziele der Schulgesundheitspflege.

Von Dr. R. Wehmer, Regierungs- und Medizinal-Rath in Berlin.

(Vortrag, gehalten in der ersten öffentlichen Sitzung des Berliner Vereines für Schulgesundheitspflege am 29. Oktober 1901.)

(Autoreferat.)

Nachdem Redner als Ziel der Schulhygiene — wie der Schule überhaupt — den Juvenal'schen Wunsch „Mens sana in corpore sano", bez. die Ausbildung eines — bei den einzelnen Völkern sehr verschieden gedachten und geschilderten Idealjünglings und einer Idealjungfrau bezeichnet, betont er die bekannten im Schulunterrichte und in dem Gegeneinanderwirken verschiedener Interessen liegenden Schwierigkeiten. Hierauf führte er die zahlreichen z. Z. noch nicht gelösten oder ausgetragenen Fragen auf den Gebieten des Schulbaues, des Schulunterrichtes und der Krankheitsverhütung an, ohne sich übrigens hierbei auf Deutschland oder Preussen zu beschränken.

In baulicher Beziehung nimmt er auf den Dr. P. H(üls)'schen Artikel „Der Schularzt" in der „Medizinischen Reform" (1901, No. 33 bis 38), für den er dem Verfasser die Verantwortung in seinen Einzelheiten überlässt, Bezug und betont die in sozialen und pekuniären Verhältnissen liegenden Schwierigkeiten, die hier die volle Durchführung hygienischer Grundsätze, z. B. bei Auswahl der Grundstücke, Bemessung des Platzes der Höfe, bei Fenster-, Heizungs-, Ventilationsanlagen und anderen Dingen hindern. Weiter geht er auf die Frage der Pavillonbauten (Bisbehaugen's Skool zu Trondhjem in Norwegen und Trüper's Anstalt in Jena) ein, weist auch auf die Nothwendigkeit hin, dass die Lehrer und Schulbeamten von den vorhandenen Einrichtungen richtigen Gebrauch machen. Drei drastische Beispiele des Gegentheiles werden angeführt, auch die Nothwendigkeit einer gründlichen naturwissenschaftlichen Vorbildung, um die Lehren der Schulhygiene besser zu verstehen, für Lehrer, Theologen und Juristen näher erörtert.

Aus den Fragen des Schulunterrichtes wird unter Darlegung der Aufgaben und idealen Stellung des Schularztes auf die Regelung der Stundenpläne und die hierbei obwaltenden Schwierigkeiten, Nachmittagsunterricht, zu frühen Beginn und zu lange Ausdehnung des Vormittagsunterrichtes, auf die Pausen, die Anberaumung des Turnens, Steilschrift, Beginn der Schulpflicht und die Coëdukation des männlichen und weiblichen Geschlechtes, sowie auf die Erziehung in Internaten näher eingegangen.

Bei der Verhütung der Schulkrankheiten wird die Bedeutung der von Manchen für z. Th. zu weitgehend gehaltenen Massnahmen gegen Infektionskrankheiten gestreift und die Nothwendigkeit ausgiebiger sachgemässer Reinigungen der Schulräume betont. — Bezüglich der Massnahmen gegen die den Gewerbekrankheiten entsprechenden eigentlichen Schulkrankheiten wird auf die Nothwendigkeit einer richtigen Benutzung der zahlreichen Einrichtungen (Bänke, Brillen etc.) hingewiesen und eingehender die Frage der Neurasthenie und Ueberbürdung behandelt. Hierbei wird auch in entsprechender Weise auf die Examenfrage und auf die ursächliche Bedeutung sexueller Schädigungen sowie auf die Mitwirkung des Schularztes, besonders wenn er etwa wie in Ungarn Hygieneunterricht ertheilen sollte, zur Bekämpfung dieser Kalamität hingewiesen.

Redner schloss mit einem Appell an die Anwesenden, in dem er sie zur vorurtheilslosen weiteren Mitarbeit aufforderte.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg.

Sektion für Chirurgie.

(Schluss).

Sieber-Breslau zeigt ein sog. amerikanisches Stereoskop, an welchem er auf dem Steg eine Kerze angebracht hat, so dass man bei Betrachtung des Bildes von der übrigen Beleuchtung unabhängig ist.

Lindemann - Berlin demonstrirt aus Widerstandsdrähten bestehende, elektrisch erwärmte Kompressen, welche in mannigfacher Form für die Applikation auf die Magengegend, zur Behandlung von Gelenkleiden, als Unterlage für den Operationstisch u. s. w. angefertigt werden. Ihre Vorzüge bestehen darin, dass sie sich an jede Lichtanlage anschliessen lassen und sehr leicht und mit grosser Reinlichkeit zu handhaben sind. Der Stromverbrauch beträgt 1 Pfennig für die Stunde.

Vulpius - Heidelberg. Ueber die Behandlung von Kontrakturen und Ankylosen im Kniegelenk.

Die Kontrakturen, deren häufigste Ursache eine alte Tuberkulose ist, sind entweder rein, so dass nur die Streckung behindert ist, eine weitere Beugung aber noch stattfinden kann, oder mehr weniger feste fibrös-ostale Ankylosen, denen eine ausgiebige Beweglichkeit nicht zukommt. Ihre Behandlung ist eine sehr mannigfache.

Das Lorenz'sche Verfahren, gewaltsame Streckung im Redresseurosteoklasten, lässt sich in vielen Fällen ausführen, bietet aber wegen Ueberdehnung die Gefahr der Zerreissung der Weichtheile, Gefässe und Nerven mit folgender Lähmung. Es besteht ferner die Möglichkeit, alte abgekapselte tuberkulöse Herde aufzureissen und so den erloschenen Proces von Neuem anzufachen. Ein bewegliches Gelenk resultirt fast nie, und die Gefahr des Rezidivirens des Leidens ist gross.

Die langsame Streckung durch Gewichtszug führt in manchen Fällen nicht zum Ziele, und die erforderliche lange Bettruhe ist für den Allgemeinzustand der Kranken nicht ohne schädlichen Einfluss.

Gegen das Brisement forcé bestehen gewichtige Bedenken, welche im Allgemeinen mit den beim Lorenz'schen Verfahren erwähnten übereinstimmen. Es tritt die Gefahr der Fettembolie hinzu. Ein bewegliches Gelenk wird sehr selten erzielt.

Die Behandlung durch portative Apparate ist oft nicht ausreichend und dem grössten Theil der Kranken wegen hoher Kosten nicht zugänglich.

Um eine möglichste Entspannung der Weichtheile zu erzielen, ist häufig entweder die subkutane oder die offene Durchschneidung derselben angewandt; letztere verdient den Vorzug.

Die Ueberpflanzung eines Theiles der Beugesehnen auf der vorderen Seite des Kniegelenkes nach Heusner, welche die Hintanhaltung eines Recidivs bezweckt, ist noch nicht genügend erprobt.

Der suprakondylären Osteoklase ist die lineäre Osteotomie oberhalb der Femurkondylen vorzuziehen, da die Weichtheilquetschung bei dieser eine geringere ist. Die Difformität wird bei beiden Methoden nicht beseitigt, sondern durch eine neue kompensirt.

Die keilförmige Osteotomie bietet die Gefahr der Gefäss- und Nervenüberdehnung und ist auch in der Ausführung schwieriger als die lineäre.

Bessere Resultate erzielt die Resektion, besonders wenn sie nach Helferich mit bogenförmiger Aufrischung der Knochen ausgeführt ist. Wird mit dem vorhandenen Knochenmaterial möglichst gespart, so ist die entstehende Verkürzung gering. Die Beweglichkeit wird freilich eingebüsst; sie wird auch mit den anderen Methoden nicht erreicht. Die Gefahr eines Rezidivs ist gleich Null.

V. resümirt dahin, dass er bei einer Kontraktur geringen Grades die Streckung ev. mit offener Tendotomie ausführt oder portative Apparate tragen lässt, um ein bewegliches Gelenk zu erzielen. Ist der Winkel geringer als 135 Grad, so schreitet er zur Resektion nach Helferich.

Diskussion: Lorenz-Wien hat die Streckung in mehreren hundert Fällen angewendet und niemals einen Unfall erlebt. Eine Gefahr (Lähmung des Peronaeus) besteht dann nicht, selbst wenn man schwere Kontrakturen in einer Sitzung bis zur Ueberstreckung dehnt; sie tritt erst ein, wenn das Bein in dieser überstreckten Stellung dauernd fixirt wird. Das verträgt der Nerv allerdings nicht, weshalb der fixirende Verband im Anfang nur an das mässig gestreckte Bein anzulegen ist. Da eine knöcherne Konsolidation nach der Resektion sehr oft ausbleibt, kommt es auch hier zu Rezidiven; dann ist die Lage besonders unangenehm.

Vierter Sitzungstag.

Lewin-Berlin, Zur endovesikalen Behandlung, hat an dem Nitze'schen Ureter-Cystoskop den Kanal für den Ureter-Katheter erweitert, sodass dieser jetzt auch für andere biegsame Instrumente, Doppellöffel zur Probeexcision, Pinsel, Metallsonde u. s. w. durchgängig ist. Er hat ferner das Glühlämpchen mit einer doppelten Glasumhüllung versehen; in Folge dessen ist die sich entwickelnde Wärme so gering, dass bei luftgefüllter Blase cystokopirt werden kann.

Fuhr-Niederzweren demonstrirt automatische Wundhaken und Klemmen als Ersatz von Assistenz bei Operationen. Es sind Haken, Schieber, Klemmen, Muzeux, welche an ihren Handgriffen mit einer langen Kette und regulirbaren Gewichtstücken versehen sind. Sie werden in die Wundränder u. s. w. eingelegt und üben durch ihre Schwere einen Zug aus, welcher in jeder Richtung zur Wirkung gebracht werden kann.

Strauss-Frankfurt a. M. Zur funktionellen Nierendiagnostik. Die Funktion zweier normaler Nieren ist in gleichen Zeiteinheiten beiderseits stets gleich, die Funktion einer einzelnen dagegen zu verschiedenen Zeiten gemessen verschieden. Dieser Wechsel steht im Verhältniss zur Verdauung bezw. zur Resorption. Bei kranken Nieren finden sich gleichzeitig stets analoge Differenzen, welche an einer Niere, zu verschiedenen Zeiten gemessen, wiederum stets wechselnd sind. S. ist zu diesen Resultaten auf Grund zahlreicher Untersuchungen gekommen, welche er bei gesunden Nieren, bei Nephritiden, Neuralgien u. s. w. angestellt hat.

Diskussion: Kümmell-Hamburg berichtet über die Ergebnisse der Bestimmungen des Blutgefrierpunktes, nach Koranyi, welche er zur Diagnose der Funktionsfähigkeit der Niere ausgeführt hat. Die Methode hat ihn in mehr als 100 Fällen nicht im Stich gelassen.

Schultze-Duisburg, 1. Perityphlitis am Bruchsack fand bei der Operation eines Bruches, welcher der Einklemmung ähnliche Erscheinung darbot, den Wurmfortsatz im Bruchsacke vor, dieser war perforirt und enthielt ein kleines Stückchen Eierschale.

2. Demonstrirt mehrere orthopädische Apparate.

Diskussion: Ringel-Hamburg. Man muss unterscheiden zwischen der Perityphlitis im Bruchsack und einem eingeklemmten Wurmfortsatz. Beide können ähnliche Erscheinungen machen. R. konnte von beiden Arten in letzter Zeit je einen Fall operiren.

Schultze. Bei seinem Kranken handelte es sich um Perityphlitis, da eine Einschnürungsfurche nicht vorhanden war.

Graff-Bonn, Ueber die Spontanluxation im Hüftgelenk nach akuten Infektionskrankheiten und ihre Behandlung.

Der Mechanismus beim Zustandekommen der Spontanluxationen hat eine verschiedene Erklärung erfahren. Petit nahm an, dass die in der Gelenkhöhle sich ansammelnde Flüssigkeit die Gelenkkapsel dehne und den Gelenkkopf allmählich aus der Pfanne herausdränge. Verneuil und Reclus waren der Ansicht, dass das Hinausgleiten noch durch ungleichen Muskelzug, insbesondere durch das Ueberwiegen der Adduktoren und Flexoren erleichtert werde. Hueter erblickte in einer völligen Gelenkerweiterung mit Zerstörung der Pfanne die eigentliche Ursache.

Gr. hat in der chirurgischen Klinik zu Bonn mehrere Fälle von Spontanluxation beobachtet und ist auf Grund der Röntgenbilder und des operativen Befundes zu der Ueberzeugung gelangt, dass der allmählich eintretende Schwund des oberen Pfannendaches die Ursache für die langsam entstehende Luxation ist. Dieser Schwund wird nicht wie bei der Coxitis durch Eiterung und Zerstörung des Knochens hervorgerufen; es entsteht vielmehr in Folge des in der Gelenkhöhle vorhandenen serofibrinösen Ergusses eine entzündliche Erweichung der umgebenden Knochenmasse, welche am oberen Pfannenrand durch den Druck des Schenkelkopfes zum Schwund gebracht wird.

Die mitgetheilten Fälle betrafen ein 16jähriges Mädchen, bei welchem sich im Anschluss an einen Typhus doppelseitige Hüftverrenkung einstellte. Da dasselbe erst nach langer Zeit in die Klinik eingeliefert wurde, waren alle Versuche, die Luxationen wieder einzurenken, erfolglos, weshalb Schede zur blutigen Reposition schritt. Die Pfanne fand sich durch bindegewebige und Knorpelmassen völlig überwuchert und musste mit dem Meissel neu gebildet werden. Nach drei Monaten wurde auch die andere Seite in Angriff genommen; hier bestand ein Abscess, welcher noch nach Ablauf von $1^1/_2$ Jahren virulente Typhusbazillen enthielt. Das Resultat der Operationen war befriedigend, wenn auch auf der einen Seite eine Ankylose des Gelenks eintrat. — Bei der 2. Kranken stellte sich die Luxation im Anschluss an eine im Wochenbett durchgemachte Sepsis ein, ohne dass die Patientin dieselbe wahrnahm; der Kopf war ganz allmählich aus der Pfanne geglitten. Auf dem Röntgenbilde ist das steil ansteigende Pfannendach deutlich zu erkennen. Die Luxation konnte unblutig operirt werden. — Der 3. Patient, ein 14jähriger Knabe, erkrankte an Osteomyelitis des Femur auf der rechten Seite, in deren Verlaufe der linke Oberschenkelkopf luxirte. Die wiederholt reponirte Verrenkung stellt sich stets wieder her, da das obere Pfannendach völlig fehlt. Auch hier wird man zur blutigen Operation schreiten müssen.

Die Behandlung besteht hiernach bei frischen Verrenkungen in Versuchen der unblutigen Einrenkung. Bestehen schon starke Schrumpfungen der Kapsel und Muskeln, so bleibt

nichts anderes übrig, als die blutige Reposition selbst auf die Gefahr hin zu versuchen, ein ankylotisches Gelenk zu erhalten.

Kümmell-Hamburg stellt einen Fall von Hirschsprung'scher Krankheit vor. Diese besteht in einer angeborenen Dilatation und Hypertrophie des Mastdarmes ohne eine eigentliche Stenose unterhalb derselben. Sie tritt naturgemäss nur bei jugendlichen Individuen ein und kennzeichnet sich besonders in chronischer Obstipation, welche zu ileusartigen Erscheinungen führen kann. In einem solchen Anfall operirte K. und fand ein sehr verlängertes, dickwandiges S romanum. Da von einem weiteren operativen Einschreiten keine Hilfe zu erwarten war, musste die Bauchhöhle geschlossen werden. Durch lange fortgesetzte Massage wurde später fast völlige Heilung erzielt. Auch in einem anderen Falle führte K. wegen hochgradiger Ileuserscheinungen die Laparotomie aus; eine Heilung konnte jedoch trotz ausgiebiger Nachbehandlung nicht erreicht werden.

Diskussion: Rehn-Frankfurt hat gleichfalls 2 Fälle dieser Krankheit operirt. Die Erscheinungen des Darmverschlusses sind oft so bedrohlich, dass man zur Operation gezwungen wird. Diese ist natürlich ohne Erfolg auf den Verlauf der Krankheit.

Broesicke-Berlin demonstrirt zwei Serien von Präparaten aus Papier-Maché, welche in vorzüglicher Weise die Schleimscheiden und die in der Nähe der Umgebung der Gelenke liegenden Schleimbeutel zur Darstellung bringen.

Kuhn-Kassel, 1. Tetanus nach Gelatine-Injektionen.

Gelatine-Injektionen werden jetzt häufig bei Blutungen, Cholämie, Aneurysmen u. s. w. angewendet. Schon mehrfach ist nach denselben der Tod in Folge zu schneller Blutgerinnung oder unter Vergiftungserscheinungen eingetreten. Einen solchen Fall beobachtete auch K. Der Kranke (Bluter) erhielt wegen unstillbarer Blutung nach Entfernung adenoider Vegetationen eine Einspritzung von 50 g einer zweiprozentigen Gelatinelösung. Die Injektionsstelle wurde nach einigen Tagen gangränös; es trat Trismus auf und in kurzer Zeit erfolgte der Tod unter den Erscheinungen des Tetanus; aus der Injektionsstelle konnten Tetanusbazillen gezüchtet werden.

Der Fall mahnt zu grösster Vorsicht. Man soll solange von der Applikation von Injektionen absehen, bis nicht von seiten der Gelatine-Fabrikanten die Garantie übernommen wird, dass das Präparat aus gesundem leimgebenden Gewebe hergestellt ist. Die nachträgliche Sterilisation der Gelatine verhütet zwar die Ueberimpfung von Bakterien, macht aber die von diesen bereits abgesonderten Toxine nicht unschädlich.

2. Zur Transplantation. K. bedeckt die Transplantationen mit einem dünnen Tüll, welcher die Läppchen fixirt und durch Kompression eine Blutung hintanhält.

Diskussion: Vogel-Eisleben, legt auf die Transplantationen einen dünnen Schleiertüll, den er an den Rändern mit Kollodium festklebt und mit Protektiv bedeckt. So ist ein Verbandwechsel ohne Verschiebung der Epidermisstückchen möglich.

Henle-Breslau: Experimentelles zur Frage der Operationshandschuhe nebst Beiträgen zur Bedeutung der Luftinfektion.

H. beschickte seine Hände mit Bazillen der Kaninchensepticämie und nahm mit und ohne Bedeckung der Hand durch Zwirnhandschuhe Operationen an Kaninchen vor. Ein Unterschied in der Infektionshäufigkeit der Wunden trat nicht zu Tage. Wurden die infizirten Hände 1 Minute in strömendem warmen Wasser gewaschen, so starben die ohne Handschuhe operirten Thiere sämmtlich, während von den anderen 45 % dem Leben erhalten blieben. Fand ein mehrmaliger Wechsel der Handschuhe statt, so starb nur 1 Thier, ohne diesen Wechsel 4. Es folgt hieraus, dass die Zwirnhandschuhe die Keime zurückzuhalten vermögen und zwar um so besser, je weniger Keime an den Händen haften.

Bei einer anderen Versuchsreihe stellte H. fest, dass beim Abstreichen infizirter, nasser Hände in 80 % Bakterien mitgerissen werden; diese Versuche fallen nur in 30 % positiv aus, wenn die Hände von nassen, dünnen, in 4—7 %, wenn sie von dicken Zwirnhandschuhen bedeckt sind. Trotz 15 facher, strengster Desinfizirung der Hände konnten stets virulente Keime von ihrer Oberfläche entnommen werden. H. empfiehlt, septische Operationen in Gummi-, aseptische in dicken Zwirnhandschuhen vorzunehmen.

Die Luftkeime haften auf der freien oder mit Gummi- oder Zwirnhandschuhen bedeckten Hand gleichmässig zahlreich. Dies konnte durch zahlreiche Versuche nachgewiesen werden.

Eine besonders grosse Gefahr der Luftinfektion bietet der Wechsel trockener, auf septischen Wunden befindlicher Verbände, selbst dann, wenn die Hände mit dem Wundsekret nicht in direkte Berührung kommen. Sind die Verbände feucht, so ist die Infektionsgefahr ausserordentlich viel geringer. In die Operationssäle werden die Keime durch die Operateure und die Assistenten getragen, was sich mit Sicherheit aus Versuchen, welche vor und nach dem Eintritt des Operationspersonals angestellt wurden, ergab. Es sollen deshalb möglichst wenig Zuschauer zu den Operationen zugelassen werden, welche in sterilen Röcken den Operationssaal zu betreten haben. Sämmtliche Vorbereitungen für die Operation sind ausserhalb des Saales vorzunehmen.

Jerusalem-Wien: Zur Aetiologie und Therapie des Erysipels.

J. hatte Gelegenheit, mehr als 300 Fälle von Wundrose zu beobachten. Unter den 49 rezidivirenden Fällen befanden sich 32 Frauen; bei 28 von ihnen trat das Rezidiv zur Zeit der Menstruation auf. Von frischer Gesichtsrose wurden unter 119 Frauen 62 zur Zeit der Menstruation befallen; nimmt man diejenigen Kranken mit Amenorrhoe u. s. w. hinzu, bei denen die Menses zu der Zeit hätten eintreten sollen, so steigt die Zahl auf 86, gleich 72 %. Es wurde sogar in einem Falle vikariirendes Erysipel beobachtet.

Den Grund für das häufige Zusammenfallen des Erysipels mit der Menstruation sieht J. in einer Infiltration und Schwellung der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel, welche nach Fliess zur Zeit der Menstruation fast stets auftritt; eine geringfügige Verletzung bildet die erforderliche Eingangspforte. Die geringe Widerstandskraft der Frauen während der Menstruation kommt als begünstigendes Moment hinzu.

Therapeutisch wandte J. Applikationen von konstanter Wärme in Gestalt von Thermophorkompressen mit ausgezeichnetem Erfolge an. Dieselben wirken schmerzstillend und verhüten die Bildung von Phlegmonen und Abscessen. Solche traten bei 25 Kranken nur ein Mal auf, während sie sich sonst in 56 % der Fälle einstellen. Die möglichst heissen Kompressen bleiben 6—8 Stunden liegen.

Bade-Hannover: Das modellirende Redressement schwerer Skoliosen.

B. wendet bei der Behandlung der Skoliosen im Gipskorsett die Schede'sche regulirbare Kopfextension an; dieselbe gestattet ein stetiges Mitgehen mit der durch das Wachsthum und die Erschlaffung des Bandapparates verursachten stetigen Dehnung und Verlängerung der Wirbelsäule und macht noch eine Extension unter sich fortwährend ändernden Verhältnissen möglich.

Ferner bringt er innerhalb des Gipsverbandes eine auf den Rippenbuckel wirkende Pelotte an, welche von aussen regulirbar den durch die Abmagerung zwischen Körper und

Verband entstehenden Hohlraum ausgleicht und redressirend auf den Buckel einwirkt.

Die Gipsverbände bleiben bis zu 5 Monaten liegen; nach dieser Zeit tritt an ihre Stelle das Aluminiumkorsett, event. mit Hinzufügung einer Kopfstütze. Eine Mobilisation der redressirten Wirbelsäule findet nicht statt, da B. annimmt, dass durch dieselbe das erzielte Resultat vernichtet wird. Die Erfolge sind recht günstig.

Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie.

II.

Binswanger-Jena: Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Tabo-Paralyse.

Das Bild der Tabo-Paralyse ist zuerst von Charcot geprägt worden. Seitdem bezeichnet man mit diesem Namen im Allgemeinen die Fälle, bei denen sich zu den Zeichen der Tabes allmählich der ethische Defekt und später dann die Abnahme der Intelligenz sowie die anderen Symptome der Paralyse hinzugesellen. Doch herrscht zur Zeit noch über das Krankheitsbild ein grosser Widerstreit der Meinungen.

Nach Ansicht B.'s lässt sich die Tabo-Paralyse von verschiedenen Gesichtspunkten aus betrachten, die zu mancherlei Ergebnissen führen. So wird man vom aetiologisch-klinischen Standpunkte aus auf die starke Rolle der Syphilis hingewiesen. Vom klinisch-symptomatalogischen Standpunkt aus kann Vortragender das Vorkommen der beiden Krankheiten zusammen nicht so oft finden, wie es z. B. ein Theil der französischen Autoren angiebt. Denn es können sowohl bei Paralyse manche tabische Symptome vorkommen wie umgekehrt, ohne dass man daraufhin noch eine richtige Tabes- oder Paralysenerkrankung anzunehmen hat. Schliesslich vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus lasse sich noch keine ganz bestimmte Ansicht formuliren.

Um seine Auffassung der Tabes-Paralyse zu charakterisiren, theilt B. einige Fälle mit, unter anderen auch solche von Tabes mit plötzlichem stürmischen Einsetzen der Paralyse. Differential-diagnostisch ist es zuweilen schwer, die einfache, postsyphilitische Demenz auszuschliessen.

Diskussion:

Ziehen-Utrecht knüpft an die Betrachtungen über die Verlaufsart der Tabo-Paralyse an und theilt einen Fall mit, bei dem sich nach einem zuerst aufgetretenen paralytischen Anfalle eine Tabes entwickelte, die sich erst nach 6 Jahren mit Paralyse vergesellschaftete. Ferner weist er auf die sogenannte hemiplegische Tabes hin, die gewöhnlich lange bestehen bleibt, bis sie in Demenz übergeht.

Edinger-Frankfurt a. M. erwähnt mit Bezug auf Ziehen's Beobachtungen eigene ähnliche, bei denen Leute nach dem ersten paralytischen Anfall noch lange ganz gesund blieben und erst spät nachher den zweiten paralytischen Anfall bekamen.

Sänger-Hamburg theilt Fälle mit, bei denen Tabo-Paralytiker lange geistig leistungsfähig blieben, bis endlich die Demenz eintrat.

Thomsen-Bonn meint, man dürfe nicht aus einem, an sich doch nicht charakteristischen, Anfalle allein eine Paralyse diagnostiziren. Es können ja auch epileptische Anfälle im Verlauf der Tabes vorkommen.

Teuscher-Dresden hat mehrere Fälle von Tabes mit Paralyse gesehen, bei denen tiefgehende Remissionen eintraten.

Leppmann-Berlin hat in seiner gerichtsärztlichen Thätigkeit taboide Paralysen mit cirkulärem Verlaufe gesehen. Die Kranken zeigten bald depressive, bald manische Zustände, in der Zwischenzeit aber das von Binswanger geschilderte Bild: gute Intelligenz und in den Vordergrund tretend ethische Defekte.

Bruns-Hannover fragt, ob nicht das, was hemiplegische Tabes genannt wird, einfach als metasyphilitische Erkrankung aufzufassen sei.

Ziehen-Utrecht glaubt jedoch einen Unterschied machen zu können, ohne jedoch Werth auf das Wort hemiplegische Tabes zu legen. Im Gegensatze zu Thomsen findet er an dem sogenannten paralytischen Anfall genügend Typisches, um ihn von einem epileptischen auseinander zu halten.

Binswanger hebt im Schlussworte noch einmal hervor, dass nach seiner Meinung bei einer Paralyse einzelne Symptome, wie fehlender Patellarreflex oder fehlende Pupillenlichtreaktion nicht genügten, um eine Tabo-Paralyse anzunehmen, sondern dass dazu der ganze Komplex von Symptomen nöthig sei.

Friedländer-Frankfurt a. M.: Aphasie und Demenz.

Vortragender berichtet über Beobachtungen, die er an 2 Apoplektikern mit rechtsseitiger Lähmung und motorischer Aphasie angestellt hat. Er meint, dass allen Aphatikern nicht gleichmässig die Zurechnungsfähigkeit abzusprechen sei. So hält er den zweiten von ihm besprochenen Kranken für geistesschwach im strafrechtlichen Sinne aber civilrechtlich dispositionsfähig.

Hoffmann-Düsseldorf: Epilepsie und Myoklonie.

Redner rechnet, gestützt auf verschiedene Beobachtungen, die Myoklonie zur Epilepsie. Er kommt zu diesem Urtheil auf Grund folgender dreier Faktoren:

1. Die myoklonischen Zuckungen treten ebenso wie die epileptischen meist nach dem Schlafe auf.

2. Die günstige Wirkung der Brombehandlung bei beiden Erkrankungen lässt ex juvantibus die epileptische Natur der Myoklonie erkennen.

3. Typische epileptische Anfälle bleiben meist bei Myoklonie nicht aus.

Seelig-Berlin.

Sitzungsbericht des Vereins der Bahn- und Kassenärzte des Eisenbahn-Direktionsbezirks Halle a. S.

Abgehalten am 19. Oktober 1901 im Konferenzsaale des Anhalter Bahnhofes zu Berlin.

Der stellvertretende Vorsitzende Herr Herzfeld eröffnet die Sitzung und spricht sein Bedauern über das Fehlen des Vorsitzenden Herrn Dr. Satlow aus, der durch Unwohlsein am Erscheinen verhindert ist. Auch der Schriftführer Dr. Zeiss ist entschuldigt. Zum Punkt 1 der Tagesordnung, Eingänge und Geschäftliches wird mitgetheilt, dass in Zukunft die Protokolle in der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung" veröffentlicht werden. Weiter theilt der Vorsitzende ein Schreiben der Direktion mit, betreffend die Ausbildung des Zugbegleitungspersonals in der Kenntniss und Benutzung des kleinen Rettungskastens. Die Anfrage knüpft an einen Vortrag des Herrn Dr. Weissmann-Glatz im Breslauer Bahnärztlichen Verein an. Die Anfrage der Direktion, ob es wünschenswerth sei, dass das Zugbegleitungspersonal mit dem Inhalt des kleinen Rettungskastens bekannt gemacht werde und deren Vertrautheit durch wiederholte Repetitionen erhalten werde, beantwortet die Versammlung mit Ja.

Der Vorsitzende theilt die Aufnahme des Herrn Dr. Schultz-Frankfurt a. O. und Dr. Schindler-Berlin mit. Zur Aufnahme gemeldet sind die Herren Dr. Cramer-Cottbus und Dr. Mantey-Elsterwerda.

Hierauf folgt der Kassenbericht und wird nach Prüfung der Kasse dem Kassenführer Decharge ertheilt.

Die Neuwahl, welche statutengemäss alle 3 Jahre stattzufinden hat, ergab die Wahl des Herrn Dr. Herzfeld-Berlin zum ersten Vorsitzenden, des Herrn Dr. Köhler-Leipzig zum zweiten Vorsitzenden, die Aemter der Schriftführer und des Kassenführers bleiben in den Händen der Herren Dr. Zeiss, Kröger und Clemens.

Hierauf hält Herr Professor Dr. **Litten** seinen Vortrag „Ueber die durch traumatische Einflüsse bedingten Herzerkrankungen, namentlich in Bezug auf Klappenfehler.

Der Vortragende berichtet zunächst über die entzündliche Form der Endocarditis, welche in Folge von Traumen (Stoss, Fall, Kontusion, Verschüttung etc.) zu Stande kommen kann und sich in Nichts von der benignen Form der End. rheumatica oder gonorrhoica unterscheidet; mithin also auch die Tendenz zur Schrumpfung oder zur Verlöthung resp. Verwachsung der Klappen hat. Derartige Endocarditiden beobachtet man nur an den Klappen des linken Herzens, also an den Aorten — und der Mitralklappe und zwar unter dem Bilde der Aorten- und Mitralinsuffizienz und Mitral-Stenose. Es können an der Mitralis sowohl die Klappensegel, als die Sehnenfäden entzündlich erkranken, wodurch letztere so verdickt und verkürzt werden und derartig schrumpfen können, dass die Spitze des Papillarmuskels unmittelbar an das Klappensegel heranreicht, so dass von den Chordae tendineae überhaupt kaum Etwas zu sehen ist. Unmittelbar nach dem Trauma treten Chocerscheinungen, Ohnmacht und Bewusstlosigkeit auf, wenn das Trauma sehr intensiv eingewirkt hatte. Es ist aber dabei durchaus nicht nothwendig, dass an der äusseren Haut die allergeringsten Zeichen der stattgehabten Verletzung sichtbar sind, weder eine Kontusion, noch Sugillation, noch Kontinuitätstrennung der Haut; eben so wenig wie Infraktionen oder Fraktur an den Knochen (Sternum oder Rippen) gefunden werden. Nachdem sich der Verletzte von den unmittelbaren Folgen des Trauma erholt hat, stellen sich bei ihm gewöhnlich eine Reihe von Symptomen ein, welche nicht immer zunächst auf das Herz bezogen werden, bis sich dann allmählig das Krankheitsbild mehr klärt und als Endocarditis erkannt wird. (Fiebererscheinungen, Kurzathmigkeit, namentlich bei Bewegungen, Herzklopfen, ausstrahlende Schmerzen nach der linken Schulter und dem Nacken, Arythmie des Pulses etc.) Häufig verlaufen die Symptome mehr unter dem Bilde der traumatischen Neurose. Ein meistens systolisches Geräusch am Herzen tritt allmählich in die Erscheinung und ebenso kann auch im Laufe von einiger Zeit sich eine Hypertrophie des Herzens ausbilden. Nach mehrwöchentlichem Bestehen dieses häufig sehr unklaren Krankheitsbildes wird bei einer erneuten Untersuchung ein ausgesprochener Klappenfehler gefunden, der vorher sicher nicht bestanden hatte. Um wissenschaftlich und für die forensische Begutachtung mit Sicherheit aussagen zu können, dass sich im gegebenen Falle eine traumatische Endocarditis entwickelt hat, muss man nachweisen können: 1. dass der betreffende Patient bis zum Eintritt des Trauma wirklich herzgesund war, 2. dass er ein Trauma von gewisser Beschaffenheit erlitten hat, 3. dass ein Herzfehler entstanden, und 4. dass zwischen Trauma und nachgewiesenem Herzfehler eine Krankheitsperiode von längerer Dauer gelegen, welche als subakute oder akute End. aufgefasst werden kann oder muss. Um aber dem Punkt ad. 1. gerecht zu werden, genügt es nicht, wie man es so oft in der Literatur angegeben findet, dass gesagt wird, der Betreffende sei bis zu dem Tage des Trauma arbeitsfähig gewesen, oder habe keine Beschwerde von Seiten des Herzens gehabt, oder habe niemals an Gelenkrheumatismus gelitten. Alle diese Angaben haben keinen Werth, weil Herzkranke oft gar nicht wissen, dass sie herzkrank sind und mit einem Herzfehler noch sehr lange arbeiten können. Der Vortragende demonstrirt alle diese Verhältnisse an einigen Beispielen seiner eigenen Praxis. Darauf kommt er auf die Entstehung der entzündlichen Endocarditis und auf den ätiologischen Zusammenhang zu sprechen, der unzweifelhaft, wie in allen übrigen Fällen von entzündlicher Endocarditis durch Mikroben bedingt wird. Damit diese sich aber auf den Klappen ansiedeln können, gehört dazu eine, wenn auch noch so unbedeutende Kontinuitätstrennung des endocardialen Endothels. Auch über die Provenienz der in Frage kommenden Mikroparasiten äussert sich der Vortragende, wenn auch nur in hypothetischer Form. Endlich erörtert er diejenigen traumatischen Herzfehler, welche durch Zerreissung der Klappen, resp. der dieselben konstituirenden Gebilde (Klappensegel, Sehnenfäden, Papillarmuskeln) entstehen können und demonstrirt den Mechanismus ihres Zustandekommens. Auch an traumatische Zerreissungen können sich reaktive entzündliche Prozesse anschliessen. Der Vortragende demonstrirt alle diese Verhältnisse an anatomischen Präparaten.

Nachdem der Vorsitzende dem Vortragenden den Dank des Vereins für seinen ausgezeichneten instruktiven Vortrag ausgesprochen, erhielt Herr **Köhler**-Leipzig das Wort zu seinen Vorträgen:

a) Ueber die Karenztage bei den Krankenkassen, insbesondere bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse Halle a./S.

b) Ueber sparsame Rezeptverschreibung in der Krankenkassenpraxis.

Referent berichtet zunächst über Entstehung, Begründung und Bekämpfung der Karenzzeit, insbesondere werden die erschwerenden Bedingungen besprochen, unter welchen eine Krankenkasse die Karenzzeit ganz oder theilweise aufheben kann. Um die Härten, welche die Karrenzzeit zweifellos für den erwerbsunfähigen Arbeiter bedeutet, zu mildern, haben einige Krankenkassen bestimmt, dass bei Erwerbsunfähigkeit die ersten drei Tage der Krankheit mitbezahlt werden, wenn z. B. die Krankheit mit dem Tode endigt, oder dieselbe längere Zeit dauert (zwei oder drei Wochen) oder, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch einen Betriebsunfall entstanden ist.

Die Betriebskrankenkasse Halle liess vor drei Jahren nach 20 tägiger Krankheitsdauer, seit zwei Jahren bereits nach 14 tägiger Krankheitsdauer die Karenztage fallen. Dieser letzte Beschluss ist nach des Referenten Ansicht für die Krankenkasse ein unheilvoller geworden.

Nach einer grossen Statistik der Leipziger Ortskrankenkasse enden etwa 32 Prozent der mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheiten bereits nach acht Tagen mit Genesung.

Dadurch nun, dass die Betriebskrankenkasse Halle dem Arbeiter, der 14 Tage lang krank ist, das volle Krankengeld zahlt, gelingt es dem Arzt in den wenigsten Fällen, die Kranken vor 14 Tagen auf die Beine zu bringen.

Der grösste Theil der 32 Prozent, welcher sich sonst bereits nach acht Tagen erwerbsfähig melden würde, bleibt 14 Tage zu Hause, nur um sich die drei Tage Krankengeld für die Karenzzeit zu retten. Dieses Prämienzahlen ist nur geeignet, das Simulanthum gross zu ziehen, und ferner das Vertrauen des Arztes in die Angaben der Patienten über subjektive Beschwerden zu erschüttern.

Nach des Referenten Ansicht sind 14 Tage Krankheitsdauer zu wenig, entweder bleibt die dreitägige Karenzzeit überhaupt bestehen, oder es werden die Karenztage erst nach mindestens dreiwöchentlicher Krankheitsdauer nachbezahlt. Empfehlenswerth ist die Bestimmung, bei Betriebsunfällen die Karenztage fallen zu lassen.

Der zweite Theil des Vortrages behandelte die ökonomische Verschreibweise bei Krankenkassenpraxis

Der Preis einer Arznei setzt sich zusammen:

a) aus dem Gefäss,

b) dem Macherlohn des Apothekers,

c) dem Medikament,

an allen drei Punkten lässt sich in der Kassenpraxis sparen.

a) bei den Gefässen:

1. Der Arzt muss die Preise für die verschiedenen Grössen der Flaschen (200, 300 resp. 500 gr) der Kruken, Schachteln kennen. Diese Grenzen dürfen nicht unnöthig überschritten werden, also nicht Acid. muriat dil. 2 Aq. dest. 200, sondern Acid. muriat dil 2 Aq. dest. ad 200.

2. der Arzt muss unter allen Umständen dafür sorgen, dass die Patienten die leeren Gefässe gut gereinigt nach der Apotheke zurückbringen s. v. = sine vitro, s. sc. = sine scutula, s. o. = sine olla dürfen nie vergessen werden.

b) bei dem Macherlohn:

1. Zu vermeiden sind Infuse und Dekokte. Für inf. Ipecacuanhae genügt oft Tct. Ipecac., oder bei Kindern sir. Ipecac. mit Liq. Ammonii anis. Rad. Althae, fol. uv. ursi, Rad Rhei etc. können sich die Patienten selbst kochen.

2. Bei abgetheilten Pulvern sind zumeist Doppel-Pulver zu verschreiben, bei Medikamenten, deren Volumen an sich schon gross ist, z. B. Phenacetin, Natr. salicyl. etc. ist der Zusatz von Zucker wegzulassen, schlecht schmeckende Pulver sind nicht in theuren Oblaten, sondern in Apfel-, Pflaumenmus, eingeweichter Semmel etc. zu nehmen.

3. Das Mischen von Salben ist theuer. Zumeist genügen die offiziellen Salben: Zink-, Bor-, Jodsalbe etc.

4. Das Auflösen von Salzen kostet nicht blos 15 Pf., sondern es kommt dazu die theure Flasche und das theure Wasser, also indifferente Sachen. Gurgelwässer (Kal. chloric., Borsäure, Kal. permanganicum, Borax etc.), auch innerliche Salze wie Bromsalze, Natr. salicyl. können als Schachtelpulver verschrieben werden und entweder messerspitzenweise oder vom Patienten in einer zu bestimmenden Menge Wasser aufgelöst werden.

c) von dem Preise des Medikamentes:

Zu vermeiden sind:

Neue und neueste Droguen, Spezialitäten (Ausstattung und Reklamen kosten Geld), unnöthig theure Sachen, z. B. syr. Aurant. cort. in Mixturen. Mixtur. oleos. balsam. zu Einreib., im Nothfalle sind die Magistral-Formul. zu benutzen.

Wenn bei einer Drogue für eine grössere Menge ein billiger Preis notirt ist, wird man thunlichst die grössere Menge verschreiben, um „Engros-Preise" zu erhalten, z. B. Kal. chlorici 10 gr = 5, 100 gr nur 35 Pf., Kal. bromat. 10 gr = 15 100 gr = 115 Pf.

Hier muss sich der Arzt eben um seine Landestaxe kümmern.

Von allgemeinen Gesichtspunkten wäre noch Folgendes hervorzuheben:

Der Arzt berechne sich, wieviel der Patient fertige Arznei braucht — dies ist sehr wichtig. Z. B. Patient ist Rekonvaleszent nach einer Pneumonie, er soll, ut aliquid fiat, Tropfen zur Stärkung bekommen. Z. B. 3 × tglch. 20 gtt. Tct. Chinae comp., macht also pro Tag 3 gr. Je nachdem nun der Patient erwerbsunfähig bleibt, wird der Arzt für 6 oder 10 Tage × 3 gr Tct. Chinae comp. verschreiben.

Oder: Patient soll für eine Woche Einreibung erhalten, er soll dreimal täglich einen Theelöffel voll verreiben 3 × 5 = 15 gr pro Tag, pro Woche also 100 gr. Wie oft werden 100 gr in 1—2 Tagen verrieben.

Man verschreibe in akuten Fällen kleine Mengen, bei chronischen Fällen grosse Portionen.

II. Bei allen Krankenkassen, welche mit dem Apotheker des Ortes keine speziellen Handverkaufstaxen haben, verschreibe der Arzt die Hausmittel und sonstige einfache Sachen nicht nach Gewicht, sondern nach Preis, also nicht Zinksalbe 10 gr oder Brustthee 100 gr, sondern einfach für 10 Pfg. Zinksalbe, für 30 Pf. Brustthee. Bei Verschreibung nach Gewicht berechnet der Apotheker einfach nach Arzneitaxe.

Die feineren resp. komplizirten Ersparnisse, welche noch bei den Rezepten zu erzielen sind, das lerne der Arzt aus der ärztlichen Verordnungsweise von Dr. Dresdner-München.

Nach kurzer Diskussion, an der sich auch der als Gast anwesende Herr Dr. Kennhof-Berlin betheiligte, werden die Anschauungen des Vortragenden seitens des Vereins gebilligt.

Punkt 6 der Tagesordnung wird wegen vorgerückter Zeit vertagt.

Die nächste Jahresversammlung soll wieder in Berlin stattfinden. Ein fröhliches Mahl vereinigte die Theilnehmer in den Deutschen Weinstuben noch während einiger Stunden.

Dr. Herzfeld-Berlin.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Hüftverrenkung und Beckenbruch.

Rek.-Entsch. vom 21. Dezember 1900.

Der Arbeiter J. erlitt am 22. April 1896 durch Betriebsunfall eine Verrenkung des linken Hüftgelenks sowie einen schweren Bruch der Knochen des Beckens. Für die Folgen dieses Unfalls erhielt J. eine Rente von 80 %, dann eine von 70 %. Die Berufung gegen diesen Bescheid wurde abgewiesen. Nachdem Kreiswundarzt Dr. M. den Zustand des Klägers für wesentlich gebessert erachtet hatte, setzte die Berufsgenossenschaft durch Bescheid vom 23. November 1898 die Rente auf 50 % herab. Auch hiergegen legte J. Berufung ein, die gleichfalls abgewiesen wurde. Nachdem dann das Reichsversicherungsamt die Beeinträchtigung des Klägers auf 60 % geschätzt hatte, setzte die Genossenschaft durch Bescheid vom 19. April 1900 die Rente auf 50 % herab, da eine wesentliche Veränderung nach dem Gutachten des Kreiswundarztes eingetreten sei. Das Schiedsgericht erachtete jedoch eine Rente von 60 % für angemessen. Diese Entscheidung wurde vom Reichsversicherungsamt aus folgenden Gründen bestätigt: Der angefochtene Bescheid vom 19. April 1900 kann nur dann gerechtfertigt erscheinen, wenn der Genossenschaft der Nachweis gelingt, dass in dem bisherigen Zustand des Klägers eine wesentliche Besserung eingetreten ist. Zu vergleichen ist hierbei der Zustand des Klägers, welcher der Beurtheilung des Reichsversicherungsamts in dem Urtheile vom 22. September 1899 unterlag, mit dem jetzt durch die Gutachten des Dr. M. in G. vom 4. April 1900 und des Kgl. Kreisphysikus Sanitätsraths Dr. H. in G. vom 17. Juni 1900 festgestellten Zustande des Klägers. Das Reichsversicherungsamt hat in dem bezeichneten Urtheile dem Kläger die jetzt geschmälerte Rente von 60 % auf Grund des Gutachtens des Dr. M. vom 29. Oktober 1898 zugesprochen: es ist dabei angenommen worden, dass der Kläger in Folge der erheblichen Verkürzung des linken Beines, der Entfernung des Gelenkkopfes des Oberschenkels und des noch immer grosse Vorsicht beim Gebrauch des Beines beanspruchenden Zustandes der Narben noch um 60 % in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sei. Die Verkürzung des Beines und die Entfernung des Gelenkkopfes sind geblieben, wie sie waren; zwar stellt Dr. H. fest, dass der um den Gelenkkopf verkürzte Oberschenkelknochen irgendwo einen so festen Halt gefunden hat, dass das linke Bein die Körperlast gut zu tragen im Stande ist; er hebt aber

auch hervor, dass eine solche Gelenkverbindung stets minderwerthig gegenüber der normalen ist, und er führt nur theoretisch aus, dass im Laufe der Zeit durch Wucherungsprozesse sich Knochenleisten bildeten, welche dem Oberschenkel einen Halt nach Art einer Pfanne geben könnten, und dass die Sägefläche des Oberschenkelknochens sich durch Abschleifung allmählich zu einer, einem Gelenkkopf ähnlichen Kugelfläche verändere, er behauptet aber nicht, dass diese Bildungen bei dem Kläger bereits stattgefunden hätten. Hiernach ist, soweit die Verrenkung des linken Oberschenkelknochens in Betracht kommt, eine Besserung noch nicht nachgewiesen. Was aber den Zustand der Narben am Gesäss, an der Wade und an der Hacke betrifft, so war nach dem Gutachten des Dr. M. vom 29. Oktober 1898 damals nur die Narbe in der linken Wade noch etwas zart und dünn, wenn auch reizlos und ohne Entzündungserscheinungen. Die übrigen Narben waren schon damals verheilt, die an der linken Hacke befindliche straffe Hautnarbe setzte an der Oberfläche noch Hautschuppen ab und war auf Druck noch empfindlich. Die Narbe an der linken Wade ist jetzt nach dem Gutachten des Dr. H. reaktionslos und widerstandsfähig, wie normale Haut. Die Narbe an der linken Hacke aber ist noch mit trockenem Schorf bedeckt und erst im letzten Stadium der Vernarbung, auch nach dem Gutachten des Dr. M. noch „wenig empfindlich". Ihr Zustand ist also gegen früher kaum verändert. Als Besserung gegenüber dem früheren Zustande ist also nur die des Zustandes der Narbe an der linken Wade nachgewiesen. Diese Besserung in dem durch den Unfall verursachten Befinden des Klägers ist also nur eine unbedeutende und es kann deshalb der der Berufsgenossenschaft obliegende Nachweis des Eintritts einer wesentlichen Besserung in dem Befinden des Klägers nicht als erbracht angesehen werden. Für die Zukunft ist der Eintritt einer solchen Besserung wohl denkbar; sie wird in der Hauptsache mit der voraussichtlich zunehmenden Festigkeit der jetzigen Gelenkverbindung des Oberschenkelknochens und mit der fortschreitenden Abrundung der Sägefläche desselben eintreten. Zur Zeit liegt eine solche Besserung aber noch nicht vor; der Rekurs der Genossenschaft war deshalb zurückzuweisen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kobert, U. H. Das Wirbelthierblut in mikrokristallographischer Hinsicht. Stuttgart, Ferdinand Enke 1901. 118 S. M. 5,

Das Buch, eine Umarbeitung resp. Vergrösserung der voriges Jahr im zweiten Abdruck erschienenen Studie „Ueber das mikrokristallographische Verhalten des Wirbelthierblutes", soll denen, die sich mit Blutkristallen zu beschäftigen haben — Aerzten, Pharmazeuten, Gerichtschemikern — Gelegenheit geben, sich rasch über die verschiedenen Kristallformen, welche die einzelnen Substanzen des Blutes und deren Zersetzungsprodukte liefern, zu orientiren, soll ihnen die Darstellungsmethoden zeigen und ihnen für ev. eigene Arbeiten die einschlägige Literatur an die Hand geben.

Neu hinzugekommen sind die Kapitel über Protomethämoglobin, über Eintrocknungskristalle, über Melanin, über Florencesche Kristalle, über Hämosterin, eine wesentliche Bereicherung haben erfahren die Kapitel über die Kristalle aus weissen Blutkörperchen, über Hämochromogen und über Häminkristalle.

Ungern vermisst Ref. die eingehenderen Angaben der Methoden der Darstellung von Oxyhämoglobin resp. Hämoglobinkristallen, zumal die Existenz von Arteriin resp. Phlebin noch nicht allgemein angenommen wird. Doch hat für den Medizinalbeamten, der sich nur mit der Form der einzelnen Kristalle zu beschäftigen hat, diese Unterscheidung nicht den Werth, wie für den physiologischen Chemiker.

Bei der Angabe der nicht allzureichen einschläglichen Literatur über Blutkristalle hätte z. B. auch noch mit erwähnt werden können die kleine Arbeit von Snireker und Zoth, „Ueber die Darstellung von Hämoglobinkristallen mittelst Kanadabalsams und einige verwandte Gewinnungsweisen." Doch abgesehen hiervon giebt das Buch eine gute Unterlage dem, der sich mit Blutkristallen bekannt machen will, es wird ihm eine sichre Hilfe bei etwaigen Arbeiten sein. Moser-Weimar.

Placzek, Jahresbericht der Unfallheilkunde, Gerichtlichen Medizin und Oeffentlichen Gesundheitspflege für die Aerztliche Sachverständigen-Thätigkeit. Leipzig, Georg Thieme, 1901, 707 Seiten, Preis 18 Mark.

Mit Hilfe einer Reihe von trefflichen Mitarbeitern hat es der Herausgeber verstanden, der Aufgabe, alle für den ärztlichen Sachverständigen wichtigen Erscheinungen der letzten Jahre in kritischer Würdigung zusammenzufassen, in anerkennenswerther Weise zu genügen.

Den Lesern unserer Zeitschrift werden die mitgetheilten Einzelheiten nur zum geringeren Theil unbekannt sein, dennoch werden sie besonders in den Abschnitten Alkoholismus, Sexuelle Psycho-Pathologie, Prostitution und Bakteriologie gewiss noch manches interessante Neue finden. Besonders dankenswerth aber sind die von Carrara und Deknatel herrührenden Besprechungen der ausländischen (italienischen und holländischen) Literatur. Man bedauert nur, dass das übrige Ausland nicht in gleicher Weise berücksichtigt ist.

Der Eintheilung mangelt zum Theil die erforderliche Uebersichtlichkeit. Um die Beiträge eines und desselben Mitarbeiters nicht auseinander zu reissen, ist mehrfach Zusammengehöriges getrennt, Ungleichartiges vereinigt worden. Beispielsweise schliesst sich das „Untere Sanitäts-Hilfspersonal" nicht dem sinngemäss Nächstliegenden, nämlich dem „Hebammenwesen" an, sondern ist zwischen „Militär-Sanitätswesen" und „Gerichtliche Medizin" gerathen, die Frage des Zusammenhangs von Geschwülsten mit Unfällen findet man unter der Rubrik „Schädel und Wirbelsäule" u. dergl. mehr.

Es dürfte nicht unzweckmässig sein, dem in mancher Beziehung schon jetzt recht empfehlenswerthen Buche bei etwaigen künftigen Auflagen eine etwas veränderte Gestalt zu geben. Die Abschnitte, welche von den Versicherungsgesetzen handeln und gegenwärtig einen grossen Raum einnehmen, werden künftig theils wegfallen, theils wesentlich kürzer werden. Der Abschnitt „Wundbehandlung und Komplikationen" ist in seiner jetzigen Kürze wohl völlig nutzlos, „Nervenerkrankungen nach Trauma" brauchen unter der Rubrik „Chirurgische Erkrankungen" nicht angeführt zu werden. Alles in Allem würde sich durch eine Vereinfachung der Eintheilung eine Raumersparniss erzielen lassen, welche im Verein mit den oben genannten Kürzungen eine vermehrte Berücksichtigung des Auslandes ohne Vergrösserung des Gesammtumfanges ermöglichen liesse.

Kirchner, Prof. Dr Martin. Die wesentlichen Bestimmungen der deutschen „Prüfungsordnung für Aerzte" vom 28. Mai 1901. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. Jena, Gustav Fischer 1901. 96 S.

Wer immer sich für den Inhalt der neuen Prüfungsordnung interessirt, wird sich freuen, in den klaren und übersichtlichen Erläuterungen Kirchners einen Kommentar zu besitzen, der sich mit der Geschichte der Prüfungsreform ebenso eingehend befasst wie mit dem Thatsachenmaterial.

Gebührenwesen.

Die Tagegelder und Reisekosten der approbirten Aerzte seit dem Inkrafttreten des neuen Kreisarztgesetzes am 1. April 1901.

Mit folgender Mittheilung gestatte ich mir auf Grund einer persönlichen Erfahrung die Aufmerksamkeit und das Interesse der nicht beamteten Aerzte auf eine Honorarfrage zu lenken, die von allgemeinster Bedeutung sicherlich ist, da wohl jeder Arzt in die Lage kommt, in Ausübung gerichtsärztlicher Thätigkeit theils mehr theils weniger oft Tage- und Reisegelder beanspruchen zu können. Ich gehe sogleich zur Mittheilung meines Falles über, um nach Erzählung desselben einige Bemerken über diese wichtige Angelegenheit folgen zu lassen.

Am 12. Oktober d. J. hatte ich als ärztlicher Sachverständiger einen gerichtlichen Termin vor dem Landgericht in Verden a. A. in einer Strafsache wegen fahrlässiger Körperverletzung mit tödtlichem Ausgang wahrzunehmen. Als Entschädigung dafür erhielt ich 19,14 Mark ausgezahlt. Diese Summe setzte sich aus folgenden Posten zusammen: 9 Mark Tagegelder, 6 Mark für Zu- und Abgang; diese beiden Summen sind festgesetzt nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 9. März 1872, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten; und ferner Reisekostenentschädigung für 46 km, à km 9 Pfg. = 4,14 Mark; diese Summe ist festgesetzt nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 21. Juni 1897, betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Staatsbeamten. Da nach meiner Auffassung die Festsetzung der Reisekosten nicht zutreffend war, ich vielmehr 13 Pfennige pro km zu beanspruchen mich für berechtigt hielt, auf Grund des zuerst erwähnten Gesetzes von 1872, also im Ganzen 5,98 Mark, eine Summe, die ich bisher immer anstandslos erhalten hatte, so machte ich nachstehende Eingabe an das Landgericht Verden am 22. Oktober d. J.:

Folgenden Thatbestand erlaube ich mir zur gefälligen Kenntnissnahme mit der Bitte um Abänderung in dem von mir vorgetragenen Sinne zu unterbreiten.

Am 12. Oktober d. J. habe ich dem Termin gegen H. nach vorher erfolgter Ladung als Sachverständiger beigewohnt. Als Vergütung dafür habe ich nach Gesetz vom 9. März 1872 erhalten 9 Mark Tagegelder, 6 Mark Zu- und Abgang auf Grund von § 7 dieses Gesetzes, der den nicht beamteten Aerzten dieselben Gebühren zubilligt, die den beamteten zustehen. Auf Grund desselben Gesetzes stehen mir ferner an Reisekosten zu für das km 13 Pfennige; nach dortiger Auffassung ist aber bei Berechnung dieser Gebühren nicht dasselbe Gesetz herangezogen worden, sondern das Gesetz, betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Staatsbeamten, vom 21. Juni 1897, welches in seinem § 4 Abs. I No. 1 für das km 9 Pfennige festsetzt.

Diese niedrigeren Gebühren gelten nach Artikel V Abs. 2 desselben Gesetzes seit dem 1. April 1901 auch für die Medizinalbeamten, nachdem von diesem Termine ab deren Gehälter anderweitig geregelt und vor Allem wesentlich erhöht worden sind. Unberührt natürlich von dieser Gehaltserhöhung ist der nichtbeamtete approbirte Arzt geblieben. In dem ganzen Gesetz vom 21. Juni 1897 wird nichts davon erwähnt, dass die nichtbeamteten Aerzte diese neuen herabgesetzten Reisekostenentschädigungen jetzt auch erhalten sollen, zumal in dieser Bestimmung eine Härte und wirthschaftliche Benachtheiligung derselben liegen würde. Zudem bestehen ja auch jetzt noch die Bestimmungen des Gesetzes vom 9. März 1872 und werden, wie auch in meinem Fall, der Berechnung der zu gewährenden Vergütung für Besorgung gerichtsärztlicher Geschäfte zu Grunde gelegt.

Demgemäss bitte ich, bei der Berechnung der Reisekostenentschädigung für den nicht beamteten Arzt, wie ich es bin, den bisherigen Satz von 13 Pfg. für das km nach § 2 Abs. 1b des Gesetzes vom 9. März 1872 in Rechnung zu ziehen und nicht den Satz von 9 Pfg. für das km nach § 4 Abs. I 1 des Gesetzes vom 21. Juni 1897. Ich beantrage daher die Nachzahlung von 4 Pfg. auf je 1 km.

Den darauf mir zugegangenen Bescheid des Landgerichts vom 29. Oktober d. Js. gebe ich auch, wie folgt, wörtlich wieder:

In der Strafsache gegen den H. wegen fahrlässiger Tödtung sind Ihnen auf Ihre Eingabe vom 22. d. M. statt 9 Mark 12 Mark Tagegelder bewilligt, dagegen konnte Ihrem Antrage, Ihnen 13 Pfg. pro km Eisenbahn anzuweisen, nicht stattgegeben werden.

In Betracht kommt der Artikel V Abs. 2 des Gesetzes vom 21. Juni 1897. Nach diesem sollen die Bestimmungen in Artikel I §§ 1 und 4 No. 1 und 2 — d. h. Tagegelder und Reisekosten — des eben erwähnten Gesetzes auf diejenigen Beamten, welche unter den § 2 des Gesetzes vom 9. März 1872 fallen, — d. h. die Medizinalbeamten — solange keine Anwendung finden, als die Besoldungsverhältnisse derselben nicht anderweitig geregelt sind. Diese Regelung ist mit dem 1. April 1901 eingetreten. Es treten sonach für die Medizinalbeamten statt der Sätze in § 2 des Gesetzes vom 9. März 1872 die der §§ 1 und 4 des Artikels I des Gesetzes vom 21. Juni 1897 ein. Der beamtete Arzt hat danach für Reisen — sei es in medizinal- oder sanitätspolizeilichen oder gerichtsärztlichen Angelegenheiten —, welche einen Tag dauern, 12 Mark Tagegelder und 9 Pfg. pro km Eisenbahn nebst der Entschädigung für Ab- und Zugang zu beanspruchen. Zum Bezuge derselben Sätze ist aber auch nach § 7 des im Uebrigen stehengebliebenen Gesetzes vom 9. März 1872 der nicht beamtete Arzt berechtigt. Denn dieser § lautet: Nicht beamtete Aerzte erhalten, wenn sie zu vorstehend bezeichneten Verrichtungen amtlich aufgefordert werden, in Ermangelung anderer Verabredung dieselben Gebühren, Tagegelder und Reisekosten, welche den beamteten Aerzten zustehen.

Demnach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Soweit der Thatbestand. Zu vorliegender Entscheidung sowie ganz allgemein zu dieser wichtigen Honorarfrage möchte ich mir noch folgende Bemerkungen gestatten:

Zunächst erscheint mir die Bewilligung von 12 Mark Tagegeldern, obwohl sie mir persönlich sehr recht war, zu Unrecht zu bestehen; denn sie widerspricht direkt der Ministerial-Verf. vom 10. Mai 1901, die die Tagegelder und Reisegebühren der Kreisärzte und Kreisassistenzärzte auf Grund des Gesetzes vom 21. Juni 1897 genau regelt. No. 11 vorliegender Zeitschrift hat den Tenor dieser Verfügung abgedruckt (siehe Seite 238 des vorliegenden Jahrgangs). Danach betragen für die beamteten Aerzte in *gerichtlichen* Angelegenheiten die Tagegelder nach wie vor 9 Mark, Zu- und Abgang je 3 Mark.

Doch dieser Punkt ist von geringerer Bedeutung; von prinzipieller dagegen der folgende. Durchaus nicht anschliessen kann ich mich der Begründung für Herabsetzung der Kilometergebühren von 13 auf 9 Pfg. pro km für die approbirten Aerzte. Nach meiner Auffassung bestehen die Bestimmungen des früheren Gesetzes vom 9. März 1872 noch vollständig zu Recht, wie dies auch in der Entscheidung durchaus anerkannt wird. Danach haben die nicht beamteten Aerzte auf Grund von § 7 dieses Gesetzes dieselben Gebühren, Tagegelder und Reisekosten, welche den beamteten Aerzten zustehen, zu fordern. Dass übrigens die Gebühren selbst für die beamteten Aerzte noch nach diesem Gesetz geregelt werden, ergiebt eine ganz kürzlich erlassene Minist.-Verf. vom 29. August d. J., die betr. Festsetzung der

Gebührennachweise der Kreisärzte auf § 5 des Gesetzes vom 9. März 1872 hinweist.

Wenn nun nach wesentlicher Aufbesserung der Gehälter der Medizinalbeamten für diese die Entschädigung für Reisekosten herabgesetzt wird, so hat dies entschieden eine gewisse Berechtigung. Diese herabgesetzten Gebühren aber ohne Weiteres auf die approbirten Aerzte übertragen zu wollen, die doch mit der materiellen Aufbesserung ihrer beamteten Kollegen wahrhaftig nichts zu thun haben, sondern die in den heutigen kritischen Zeiten der Aerzteüberproduktion schwer genug um eine standesgemässe Existenz zu kämpfen haben, für diese Auffassung seitens der Behörden kann ich wirklich keinen triftigen oder nur sachlich berechtigten und zwingenden Grund aus den vorhandenen Gesetzen herausfinden. Ein solcher wäre ja vorhanden, wenn in dem neuen Gesetz von 1897 ausdrücklich in einer Bestimmung ausgesprochen wäre, dass die herabgesetzten Reisegebühren auch vorkommenden Falls auf die approbirten Aerzte zur Anwendung kämen bei Ausübung gerichtsärztlicher Thätigkeit; eine solche Bestimmung ist aber darin nicht vorgesehen; deshalb besteht die frühere jetzt von mir vertretene Auffassung noch durchaus zu Recht.

Sicherlich kann es ferner nicht im Sinne des Gesetzgebers gelegen haben bei Erlass der neuen Medizinalreform, die Aerzte in dieser Weise zu schädigen, durch deren thätige Mithilfe als Vermittler und Berather des Publikums in medizinischen Dingen erst eine verständnissvolle Aufnahme und Handhabung der neuen so lange vergeblich von den Aerzten selbst gewünschten und nun endlich zur Thatsache gewordenen Medizinalreform wird erfolgen können. Mit grosser Genugthuung wäre es daher im allgemeinen ärztlichen Interesse zu begrüssen, wenn eine baldige Verfügung der betreffenden Ministerien für Kultus und Finanzen eine Regelung vorliegender Honorarfrage im gewünschten Sinne der Aerzte herbeiführen würde und damit die von jedem einsichtigen Beurtheiler zugegebene Härte und pekuniäre Schädigung der Aerzte aus der Welt schaffen würde. Vielleicht wäre es hierzu auch wünschenswerth, wenn die Aerztekammern, unsere gesetzliche Vertretung, sich dieser Frage annähmen und durch Eingaben an die Minister sie zu einer befriedigenden Lösung bringen würden.

Dasselbe Thema, betreffend die Reisegebühren der praktischen Aerzte, behandelt übrigens in der zweiten Novembernummer des Aerztlichen Vereinsbl. (No. 461) auch ein Artikel von Dr. Wrege-Hildesheim in ähnlichem Sinne, der mir erst nach Abfassung vorliegenden Berichtes zu Gesicht kam.

Sollte meine Anregung zur Lösung vorliegender Honorarfrage etwas beitragen, so ist die Absicht des Verfassers reichlich belohnt.

Hoya a. W., 30. November 1901.

Dr. Kühn, Arzt.

Anmerkung der Redaktion.

Die Ansicht des Herrn Kollegen Kühn deckt sich mit der unsrigen durchaus. Zwar — wenn der dem Landtage vorliegende Gebührengesetzentwurf wirklich Gesetz wird, kann man vielleicht auf eine Kompensation und hoffentlich auf eine Ueberkompensation des Ausfalls an Einnahmen, der jetzt dem Gerichtsarzt erwächst, rechnen. Aber das ist vorläufig Zukunftsmusik. Sache der Aerztekammern ist es, jetzt mit thunlichster Beschleunigung darauf hinzuwirken, dass bei der Berechnung der Gebühren für praktische Aerzte wieder eine für die Aerzte günstigere Praxis geübt wird.

Tagesgeschichte.

Untersuchungsämter für ansteckende Krankheiten.

In Breslau hat Flügge seit vielen Jahren die freiwillige Verpflichtung für das hygienische Institut übernommen, in allen diphtherieverdächtigen Fällen aus der Stadt, von denen die Aerzte Membranstückchen einsenden, die bakteriologische Untersuchung schnellstens und unentgeltlich vorzunehmen. Ferner hat auf Karl Fränkel's Anregung die Stadt Halle a. S. im Anschluss an das hygienische Institut der dortigen Universität ein Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten errichtet, das den Aerzten die Möglichkeit gewähren soll, in verdächtigen und zweifelhaften Krankheitsfällen zu einer Diagnose zu gelangen. Die Anstalt erstreckt die völlig kostenfreien Untersuchungen auf alle ansteckenden Krankheiten, deren Erreger bekannt sind. Der Nutzen, den dieses Untersuchungsamt gestiftet hat, hat, zu Folge einer amtlichen Meldung, dem Medizinalminister den Gedanken nahe gelegt, die Errichtung von Untersuchungsämtern für ansteckende Krankheiten allgemeiner zu machen. Durch Runderlass an die Regierungspräsidenten bestimmt der Minister, dass zunächst festgestellt werden soll, wo ähnliche oder gleiche Anstalten wie in Halle anderwärts bestehen und welche Anstalten insgemein unentgeltliche Untersuchungen zum Zwecke der Feststellung ansteckender Krankheiten ausführen.

Medizinisches im Reichshaushaltsetat.

Der Etat des Reichsamts des Innern, welcher dem Reichstag vorgelegt worden ist, enthält eine Summe von 12000 M. zur Unterstützung der Protozoenforschung und eine von 150000 M. zur Förderung der Tuberkuloseforschung und -Bekämpfung.

Die 12000 M. sind dazu bestimmt, die Fortführung von Studien über Malaria in zoologischer Beziehung zu sichern, welche in amtlichem Auftrage zur Zeit von einem deutschen Zoologen in Rovigno vorgenommen werden. Von den 150000 M. soll ein Theil den Heilstättenbestrebungen zu Gute kommen, der andere auf eine Prüfung der Wesenseinheit oder -verschiedenheit der Menschen- und Rindertuberkulose verwendet werden.

Zum Simulantenwesen.

Zur Bekämpfung des Simulantenwesens hat die Allgemeine Ortskrankenkasse in Charlottenburg Untersuchungen veranstaltet, deren Ergebniss Interesse erwecken dürfte. Die mehr als 20000 Mitglieder umfassende Kasse hat vor einem halben Jahre einen besonderen Vertrauensarzt angestellt, welcher lediglich Nachuntersuchungen von Patienten vornehmen und sonstige Gutachten, z. B. über kostspielige Anschaffungen, abgeben soll. In dem vom 1. April bis 1. Oktober d. J. reichenden Halbjahre sind insgesammt 1187 Kassenkranke zur Nachuntersuchung durch den Vertrauensarzt geladen worden. Hiervon kamen 289 der Aufforderung überhaupt nicht nach, sondern meldeten sich sofort selbst gesund! Von den übrigen 898 Personen wurden 201 als erwerbsfähig erklärt, und in 41 weiteren Fällen erfolgte eine Verneinung der Verpflichtung zur Krankenunterstützung aus anderen Gründen. In einem Falle wurde ein direkter Betrug aufgedeckt, indem nämlich ein gesundes Kassenmitglied eine andere, kranke Person für sich untergeschoben hatte. Von den als arbeitsunfähig erklärten 656 Personen wurden 179 in Krankenhäuser gebracht, theils in ihrem eigenen Interesse, theils aber auch im Interesse der Kasse, da in einer Reihe von Fällen Verdacht der Uebertreibung, der Simulation oder auf andere Weise versuchte Ausbeutung der Kasse vorlag. Die Allgemeine Ortskrankenkasse in Charlottenburg will, wie es heisst, diese Untersuchungen fortsetzen lassen.

(Compass.)

Eine Starrkrampf-Epidemie durch Serum-Einspritzungen.

Mit der Freisprechung der Angeklagten hat der Prozess geendigt, den die Staatsanwaltschaft gegen die Bakteriologen Prof. Serafino Belfanti und Dr. Costanzo Jenoni, die Leiter des Instituts für Serumtherapie zu Mailand, eingeleitet hatte. Im vorigen Jahre starben zahlreiche Kinder, die mit dem aus dem Mailänder Institut stammenden Heilserum behandelt worden waren, kurze Zeit nach den Einspritzungen unter Erscheinungen des Tetanus. Es waren offenbar durch das Diphtherieserum Tetanusinfektionen hervorgerufen worden, welche 33 Krankheits- und 14 Todesfälle zur Folge hatten. Die weitere Hergabe des Heilmittels wurde einstweilen gerichtlich inhibirt, und die Staatsanwaltschaft eröffnete das Strafverfahren gegen die oben genannten Herren, die im Institut die Herstellung des Heilmittels zu überwachen hatten. Die Angeklagten erklärten, es sei ihnen absolut unverständlich und völlig räthselhaft, wie das Tetanusgift in die Heilserumröhrchen hätte hineinkommen können. Der Direktor Belfanti berief sich darauf, dass er vom Jahre 1895 bis heute etwa 230000 Serumfläschchen vertrieben und damit in 98—100 pCt. der Fälle Heilung erzielt hätte. Die Aussagen der Zeugen und der Sachverständigen waren für die Angeklagten fast durchweg günstig. Ein Gelehrter erklärte, dass sich gerade das Mailänder Institut durch eine ausserordentliche Gewissenhaftigkeit ausgezeichnet habe, und dass traurige Vorfälle, wie die geschilderten, nicht verhütet werden können, da ihnen auch die Wissenschaft machtlos gegenüberstehe, weil sie ausserhalb der menschlichen Berechnung liegen. Auf Grund dieser Aussagen liess der Staatsanwalt selbst die Anklage fallen, und das Gericht sprach die Angeklagten frei, indem es in den Urtheilsgründen ausdrücklich hervorhob, dass sie so gewissenhaft, wie nur irgend möglich, gehandelt hätten. (Allg. Med. Centr.-Ztg.)

Zur Kurpfuscher- und Geheimmittel-Reklame.

Ueber die Ankündigungen von Mitteln u. s. w. gegen Menschen- und Thierkrankheiten, wie zur Verhütung der Empfängniss u. s. w. wurde seitens des Königl. sächsischen Ministeriums des Innern an sämmtliche Kreishauptmannschften folgendes Rundschreiben gerichtet:

Die Klagen über das Unwesen der öffentlichen Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche sich mit Ausübung der Heilkunde befassen, und den dadurch vielfach verursachten Schaden sind neuerlich wieder lauter geworden, indem hierbei als besonders verwerflich und für das Gemeinwohl gefährlich bezeichnet werden:

1. derjenigen Anzeigen, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge der genannten Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten;

2. die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Mitteln, Verrichtungen und Methoden, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, falls diesen Gegenständen etc. besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irregeführt oder belästigt wird oder falls diese Gegenstände etc. ihrer Beschaffenheit nach Gesundheitsschädigungen hervorrufen;

3. die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Mitteln, Verrichtungen oder Methoden, welche zur Verhütung der Empfängniss, zum Hervorrufen geschlechtlicher Erregungen oder zur Beseitigung der Folgen geschlechtlicher Ausschweifungen bestimmt sind.

Auch die letzte Plenarversammlung des Landesmedizinalkollegiums hat sich mit dieser Angelegenheit beschäftigt und das Bestehen der bezeichneten grossen Uebelstände anerkannt, gleichzeitig auch den Wunsch zu erkennen gegeben, dass zu thunlichster Beseitigung der letzteren geeignete Anordnungen getroffen werden möchten. Wenn nun auch das Ministerium des Innern von einem weiteren Einschreiten in der fraglichen Richtung, insbesondere vom Erlass bezüglicher Verbote zur Zeit absehen zu müssen glaubt, das Letztere vor Allem um deswillen, weil das zur Beschwerde gezogene Verhalten von Kurpfuschern u. s. w. zum Theil bereits bestehenden strafgesetzlichen Bestimmungen und sonstigen Verboten unterfallen wird — z. B. den Paragraphen 223 fg. 263 des Reichsstrafgesetzbuches bezw. dem Paragraph 194 desselben in der Fassung des Gesetzes vom 25. Juni 1900 — R.-G.-Bl. S. 301 —, weiter dem Reichsgesetz zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbes vom 27. Mai 1896, endlich der Verordnung, die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln betreffend, vom 29. Mai 1895 —, soweit solches aber nicht der Fall ist, der gegenwärtige Stand der sonst hier einschlagenden Gesetzgebung ein *erfolgreiches* Vorgehen erschwert, so erscheint es doch angezeigt, dass die Medizinalpersonen noch besonders veranlasst werden, dem bezeichneten Unwesen fortgesetzt ihre Aufmerksamkeit zu schenken, in den Fällen aber, in welchen öffentliche Anzeigen und Ankündigungen der fraglichen Art gegen bestehende gesetzliche Bestimmungen verstossen, entweder selbst einzuschreiten oder die bezüglichen Unterlagen an die zuständige Justizbehörde mit entsprechendem Hinweis gelangen zu lassen.

Die Kreishauptmannschaft, welcher eine Anzahl von Abzügen dieser Verordnung zugeht, wolle das hiernach Erforderliche verfügen.

Sehr aussichtsvoll und tröstlich klingt das nicht.

An unsere Leser!

Ermuthigt durch die bisherigen Erfolge der „Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung" und in dem Bestreben, jedem der vielen Zweige der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit eine umfassende Berücksichtigung in unserer Zeitschrift zu sichern, haben wir eine bedeutende Erweiterung der Redaktion veranlasst.

Der leitende Gedanke hierfür war der, wissenschaftlich führende Persönlichkeiten als Vertreter der einzelnen für den ärztlichen Sachverständigen wichtigen Sondergebiete in die Redaktion aufzunehmen.

Es ist uns gelungen, folgende Herren zu gewinnen, welche vom 1. Januar 1902 ab mit uns die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" redigiren werden:

Geheimer Sanitätsrath Dr. **Brähmer**-Berlin für Verkehrshygiene; Dr. **Florschütz**, I. Bankarzt der Lebensversicherungsbank Gotha, für privates Versicherungswesen; Geheimer Medizinalrath Professor Dr. **Fürbringer**-Berlin für innere Medizin; Professor Dr. **Kionka**-Jena für Toxikologie; Geheimer Obermedizinalrath Professor Dr. **Kirchner**-Berlin, vortragender Rath im Kultusministerium, für Schulhygiene; Geheimer Justizrath Professor Dr. **von Liszt**-Berlin für Rechtspflege; Professor Dr. **Löbker**-Bochum für Chirurgie und Orthopädie; Professor Dr. **Ostertag**-Berlin für Nahrungsmittelhygiene; Gerichtsarzt Privatdozent Dr. **Puppe**-Berlin für gerichtliche Medizin; Kaiserlicher Regierungsrath Dr. **Radtke**-Berlin, Mitglied des Reichs-Versicherungsamts, für Versicherungsrecht; Regierungs- und Geheimer Medizinalrath Dr. **Roth**-Potsdam für Hygiene; Prof. Dr. **Silex**-Berlin für Augenheilkunde; Dr. **Stolper**-Breslau, dirigirender Arzt der Unfallstation I, für Chirurgie und Unfallheilkunde; Professor Dr. **Windscheid**-Leipzig für Nervenheilkunde.

Nähere Mittheilungen behalten wir uns für die erste Nummer 1902 vor.

Dr. L. Becker. Dr. A. Leppmann. Dr. F. Leppmann.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigenthum von Richard Schoetz in Berlin. — Druck von Albert Damcke, Berlin-Schöneberg.